

**ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ**

Дарія Гошовська

**СПЕЦІАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ
та методика педагогічно-корекційного тренінгу**

Луцьк 2011р.

УДК 159.922.7(075.8)

ББК 88.8я73

Г74

Рекомендовано до друку Вченою радою Волинського національного університету ім.Лесі Українки (протокол №8 від 23 лютого 2012р.)

Рецензенти:

Доктор психологічних наук, професор
декан факультету психології
Волинського національного університету
імені Лесі Українки

Вірна Ж.П.

Доктор психологічних наук, професор
Мукачівського державного університету

Щербан Т.Д.

Гошовська Д.Т. СПЕЦІАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ та методика педагогічно-корекційного тренінгу: [навчально-методичний посібник] / Д.Т.Гошовська. - Луцьк, 2011. - 265с.

Посібник «Спеціальна психологія» має на меті узагальнити знання про дітей з особливими потребами і розкрити основні підходи до їх корекції та реабілітації. У ньому здійснено психологічну характеристику всіх категорій дітей з порушеннями у розвитку, проаналізовано особливості порушень та прийоми роботи з ними.

Даний посібник призначений для студентів спеціальності «Психологія», а також буде корисним для психологів, дефектологів, соціальних працівників при вивченні питань навчання, виховання і організації допомоги дітям з проблемами розвитку.

ЗМІСТ

Вступ.....	4-5.
Розділ I. Теоретичні основи спеціальної психології	
Тема 1.1. Предмет і завдання спеціальної психології.....	6.
Тема 1.2. Загальна характеристика розладів психофізичного розвитку та їх причини.....	29.
Тема 1.3. Діагностика відхилень у психофізичному розвитку та його моніторинг.....	71.
Розділ II. Психологічні особливості навчання і виховання дітей з дефіцитарним психічним розвитком	
Тема 2.1. Особливості розвитку, навчання та виховання особистості при глибоких порушеннях слуху.....	97.
Тема 2.2. Особливості розвитку, навчання і виховання особистості при глибоких порушеннях зору.....	111.
Тема 2.3. Особливості розвитку, навчання та виховання особистості при порушеннях інтелекту, ЗПР, відхиленнях емоційно-вольової сфери та соціальної поведінки.	
Тема 2.3.1. Розумово відсталі діти.....	132.
Тема 2.3.2. Діти із затримкою психічного розвитку.....	162.
Тема 2.3.3. Діти з відхиленнями емоційно—вольової сфери та соціальної поведінки.....	184.
Тема 2.3.4. Особливості розвитку, навчання та виховання особистості при вадах мовлення.....	220.
Список рекомендованих джерел.....	236.
Додатки	
Тренінгові заняття для роботи з дітьми із емоційними порушеннями.....	240.
Тренінгові заняття для роботи з агресивними дітьми.....	247.

Вступ

Сьогоднішній етап відзначається тривожною тенденцією зростання кількості дітей із проблемами фізичного та психічного здоров'я, які зумовлюються біологічними, екологічними, соціально-психологічними чинниками, а також їх поєднанням. Зростаюча громадська тривога за стан та положення в школі дітей з різними вадами психічного розвитку, визнання необхідності посилення психолого-педагогічного впливу на покращання та збереження їх психічного та фізичного здоров'я ставлять в ряд невідкладних завдань обґрунтування та створення адекватної системи шкільного навчання та виховання цих дітей.

Для дітей з проблемами розвитку, згідно світових тенденцій та національного досвіду України, передбачені різні форми організації освіти і соціалізації, зокрема в умовах загальноосвітніх установ для дітей із нормальним розвитком (так зване інтегроване та інклюзивне навчання і виховання. Враховуючи, що такі діти потрапляють у різні типи установ, де вони перебувають разом з нормальними дітьми і потребують спеціальної корекційно-спрямованої роботи для збереження їх розвитку, виправлення і компенсації певних вад, відхилень у процесі соціалізації, є потреба в ознайомленні майбутніх психологів – з основами такої галузі як спеціальна психологія.

Сьогодні наша держава шукає шляхи побудови нової моделі суспільних відносин, новітні форми і методи виховання підростаючого покоління. Ці пошуки, звісно, не могли не торкнутися долі дітей із вадами психофізичного розвитку - найбільш вразливого і соціально незахищеного прошарку нашого суспільства. Завдання ускладнюються тим, що пошук нових, сучасних шляхів доводиться здійснювати на тлі застарілих стереотипів.

У теорії та практиці сучасної освіти існують два основні підходи до подолання у дітей труднощів, які виникають під час навчання. З одного боку, це створення спеціальних груп, класів компенсуючого навчання в

умовах звичайних навчальних закладів, з іншого – включення дитини з порушеннями розвитку до освітнього середовища звичайної групи, класу, але за умов створення для неї відповідних, адекватних її можливостям умов отримання освіти. Варто підкреслити, що другий підхід, який визначається формулою “від рівних прав – до рівних можливостей, від інституціалізації – до інтеграції”, вважається пріоритетним у більшості країнах світу

Незважаючи на певні досягнення вітчизняної науки та практики, традиційні підходи до розв’язання проблем соціалізації та навчання дітей-сиріт і дітей з вадами розвитку не характеризуються системністю, наступністю, ефективністю і потребують кардинальних змін. У зв’язку з цим набула особливої актуальності потреба в системі соціальної реабілітації, адаптації та психолого-педагогічного супроводу дітей-сиріт і дітей з обмеженими можливостями. Педагогічний аспект має дуже велике значення для всього процесу реабілітації, для успішної інтеграції дитини в суспільство. У процесі навчання й виховання відбувається соціалізація особистості, накопичення нею життєвого досвіду, знань, підготовка до активної участі у всіх сферах діяльності. Соціально-психологічний аспект соціальної реабілітації таких дітей, передбачає корекцію психологічного стану дитини, а також формування соціально-психологічної адаптації, що в подальшому призведе до зміни життєвої ситуації.

Метою даного посібника є ознайомлення студентів з класифікацією, причинами виникнення, особливостями та формами організації роботи із дітьми з особливими освітніми потребами, а також допомога майбутнім психологам освітніх установ забезпечити моніторинг психофізичного і соціального розвитку дітей, своєчасно виявити відхилення та враховувати їх для корекції (поліпшення, виправлення) процесів розвитку і соціалізації дитини, у якої внаслідок дії різних факторів ці процеси порушені.

у руслі розробки спільної концепції психічного розвитку **Розділ I.**

Теоретичні основи спеціальної психології

Тема 1. Предмет і завдання спеціальної психології

План

1. Визначення спеціальної психології як науки. Галузі спеціальної психології. Зв'язок спеціальної психології з іншими дисциплінами.
2. Закономірності психічного розвитку дітей з проблемами розвитку.
3. Характеристика основних категорій спеціальної психології.
4. Характеристика основних наукових теорій розвитку дітей з проблемами розвитку.
5. Історичні аспекти суспільної допомоги дітям з проблемами розвитку.
6. Сутність та проблеми соціальної реабілітації дітей-інвалідів.
7. Принципи спеціальної психології.
8. Основні завдання спеціальної психології.

Визначення спеціальної психології як науки. Галузі спеціальної психології. Зв'язок спеціальної психології з іншими дисциплінами.

Спеціальна психологія займає важливе місце в підготовці психологів, які спеціалізуються у сфері дитячої практичної психології, психологічного консультування і корекції, оскільки у своїй професійній діяльності вони постійно взаємодіють з дітьми, які мають проблеми в розвитку і в особливостях поведінки.

Спеціальна психологія – це галузь психології, яка вивчає психологічні особливості дітей з порушеннями розвитку. Виокремлення спеціальної психології як цілісної галузі психологічної науки пов'язано з іменем видатного психолога Л.С.Виготського. Він був першим у світовій психології, хто виділив загальні закономірності психічного розвитку дітей при різних дефектах: розумовій відсталості, глухоті, недоліках зору, порушеннях мови, опорно-рухового апарату тощо.

Об'єктом вивчення спеціальної психології є особистість дитини, яка має незначні відхилення у психофізіологічному розвитку (сенсорно-руховій, соматичній, інтелектуально-мовленнєвій сферах) або відхилення в поведінці, які ускладнюють адекватну соціалізацію та шкільну адаптацію. Предметом спеціальної психології є процес диференціювання навчання, виховання й розвитку дітей з психічними і (або) фізичними порушеннями та відхиленнями у поведінці, визначення найбільш результативних шляхів, засобів, спрямованих на своєчасне виявлення, попередження та подолання відхилень у розвитку та поведінці таких дітей.

Завдання спеціальної психології включають виявлення шляхів компенсації дефекту розвитку психіки в цілому і різних психічних процесів, розробку психологічного обґрунтування питань навчання і виховання аномальних дітей. Проте для кожної категорії дітей з порушеннями розвитку структура дефекту, його механізми, можливості компенсації і вплив на соціальну адаптацію значно розрізняються між собою. Тому при спільності завдань спеціальної психології завдання, що розробляються кожним з її розділів, мають свій конкретний зміст і специфічні відмінності.

Галузі спеціальної психології

Одним з найбільш розроблених розділів спеціальної психології є психологія розумово відсталих дітей (*олігофренопсихологія*). Предметом її вивчення є своєрідність психічного розвитку дітей з порушеннями інтелекту. Над проблемами психології розумово відсталих дітей працювали Занков, Шиф, Певзнер, Морозова, Замський, Рубінштейн тощо. Завдяки їх дослідженням розроблена система навчання розумово відсталих дітей, науково обґрунтована система їх професійно-трудової підготовки. На сьогоднішньому етапі актуальними є питання розробки методик раннього виявлення і ранньої корекції відхилень у розумовому розвитку дітей.

2. Предметом *сурдопсихології* (психології глухих і слабочуючих дітей) є закономірності і специфічні особливості психічного розвитку дітей з порушеннями слуху. У галузі сурдопсихології проводилися широкі

дослідження з питань розвитку мови, виховання, пам'яті і мислення (Боськис, Шиф, Соловйова, Розанова, Рау, Хватцев) глухих дітей.

3. *Тифлопсихологія (психологія сліпих і поганобачачих)* займається вивченням психіки дітей з глибокими порушеннями зору. Проблеми тифлопсихології вирішуються в умовах сенсорної депривації. Значні успіхи досягнуті в галузі *тифлосурдопсихології (психології сліпоглухих дітей)*. Науково доведена і практично підтверджена можливість досягнення сліпоглухими високого рівня психічного розвитку (Соколянський, Ярмоленко).

4. Відносно молодим розділом спеціальної психології є *логопсихологія* (психологія дітей, які мають порушення мови, предметом є закономірності психологічного розвитку дітей з патологією мови. Дана галузь психологічного знання формується на базі логопедії і в даний час привертає особливу увагу фахівців – психологів, логопедів, лікарів.

Зв'язок спеціальної психології з іншими дисциплінами

Спеціальна психологія виникла і розвивалась на межі знань, тому і існує тісний взаємозв'язок з психологією, педагогікою і медициною. Її зв'язок з *психологією* визначається спільністю методологічних позицій, понятійного апарату, методів вивчення психіки.

У своєму розвитку спеціальна психологія опирається на досягнення таких медичних наук як фізіологія, невропатологія і психіатрія. Врахування медичних даних дозволяє отримати уявлення про причини виникнення, структуру і механізми того чи іншого дефекту, допомагає у вивченні особливостей психіки аномальної дитини.

Стосовно взаємозв'язку спеціальної психології з *патопсихологією* у літературі існує позиція, що спеціальна психологія є частиною патопсихології. Однак з цим погодитись не можна. Патопсихологія вивчає структуру і закономірності розпаду сформованої психічної сфери і особистості. Вона орієнтована на вирішення задач, які поставлені клінічною психіатрією, а спеціальна психологія - на теорію і практику корекційної психології.

Взаємозв'язок спеціальної психології з *педагогікою* полягає в тому, що питання навчання і виховання дітей з аномаліями у розвитку розробляються на основі загальної теорії дидактики і методик навчання.

Спеціальна психологія тісно пов'язана з *корекційною педагогікою*. У цих галузях знань спільний предмет вивчення – діти з порушеннями у розвитку, спільні завдання, методи вивчення, які дозволяють кваліфікувати досліджувані явища в єдиних поняттях.

Однак корекційна педагогіка розробляє і науково обґрунтовує систему навчання і виховання, а спеціальна психологія вивчає закономірності і особливості розвитку аномальних дітей.

Основні категорії спеціальної психології

Спеціальна психологія має свій категоріальний (понятійний) апарат – систему понять, які відображають різні сторони психічної реальності в її цілісності, і специфічних, тільки їй притаманних характеристиках порушеного розвитку.

Категорії спеціальної психології складаються і формуються під впливом соціальної практики і наукових досліджень.

1. *Аномальний розвиток* – розвиток на дефектній основі. За визначенням Л.С. Виготського, аномальний розвиток - не дефектний, а своєрідний розвиток, який не обмежується негативними ознаками, а має цілий ряд позитивних особливостей, які виникають у зв'язку з пристосуванням дитини з дефектом розвитку до навколишнього світу. Дане поняття входить в коло понять, які об'єднані терміном “дизонтогенез”, яким позначають різні форми порушень онтогенезу.

2. *Аномальні діти* – діти з вродженими чи набутими порушеннями фізичного чи психічного розвитку. Термін походить від грецького слова *anomalos* – неправильний. Цим терміном позначають дітей, які мають виражені порушення у своєму розвитку. До дітей з порушеннями у розвитку відносять розумово відсталих, нечуючих, поганочуючих, незрячих і поганобачачих, дітей з важкими мовними порушеннями, порушеннями

опорно-рухового апарату, затримкою психічного розвитку, з вираженими порушеннями емоційно-вольової сфери (дитячий аутизм, гіперактивність, дефіцит уваги). Вони потребують комплексної реабілітації, яка включає медичну, психолого-педагогічну і соціальну допомогу і при цьому обов'язково індивідуальну.

Сучасним еквівалентом терміну «аномальні діти» є терміни «діти з обмеженими можливостями», «діти з особливими потребами» і «діти з особливими навчальними потребами» («children with special needs»), «діти з проблемами розвитку». Дуже вдало Л.С. Виготський стверджує, що існує єдність природньої і культурної лінії у формуванні особистості дитини. Під природньою лінією Л.С. Виготський розумів біологічне дозрівання організму дитини, під культурною – розвиток через спрямоване навчання. Стосовно до дітей з порушеннями розвитку Л.С. Виготський говорить про явище дивергенції – неспівпаданні цих двох ліній, що призводить до створення особливих, обхідних шляхів розвитку дитини [1].

3. *Корекція* (лат. correctio - виправлення) – система психолого-педагогічних заходів, які спрямовані на виправлення або послаблення недоліків психофізичного розвитку дітей. Під корекцією розуміємо як виправлення окремих дефектів (наприклад, корекція вимови, зору), так і цілісний вплив на особистість аномальної дитини з метою досягнення позитивного результату у процесі її навчання, виховання та розвитку. Усунення або згладжування дефектів пізнавальної діяльності та фізичного розвитку дитини позначається поняттям «корекційно-виховна робота».

4. *Компенсація* - це заміщення або перебудова порушених чи недорозвинених функцій організму. Всі компенсаторні процеси протікають одночасно на декількох рівнях.

Перший - біологічний, або тілесний, рівень протікання компенсаторних процесів.

Другий - психологічний рівень компенсації - надзвичайно складний за своїм змістом. Він включає в себе роботу захисних механізмів, неусвідомлюваних процесів, які забезпечують зниження тривоги і

внутрішньої напруги у стресових ситуаціях. Крім того, на цьому рівні розгортається дія так званих копінгстратегій, тобто свідомих зусиль особистості, які спрямовані на підтримку позитивної самооцінки у загрозливих для неї ситуаціях. Третій рівень компенсаторних процесів соціально-психологічний, пов'язаний із суспільним характером людського буття. Добре відомо, що процес відновлення тих чи інших порушень залежить від характеру зовнішньої допомоги, зокрема, від позиції оточуючих стосовно інваліда. Вищий рівень організації компенсаторних процесів - соціальний. Його реалізація пов'язана зі ставленням в цілому суспільства до інвалідів. Ці відносини визначаються національними і релігійними традиціями суспільства, сприяючи або перешкоджаючи соціальній адаптації осіб з обмеженими можливостями. Людина - істота біосоціальна, але провідна роль в процесі становлення і розкриття людської сутності, безперечно, належить соціальним факторам. Те ж саме можна сказати і щодо компенсаторних процесів. В їх реалізації беруть участь як біологічні, так і соціальні чинники, при цьому вони присутні на кожному рівні, правда, в різних пропорційних відносинах.

5. *Соціальна реабілітація* (лат. *rehabilitas* – відновлення придатності, здатності) у медико-психологічному значенні – включення аномальної дитини у соціальне середовище, залучення до громадського життя і праці на рівні її психофізичних можливостей. Реабілітація здійснюється за допомогою медичних засобів, спрямованих на усунення або пом'якшення дефектів розвитку, а також спеціального навчання, виховання та професійної підготовки. У процесі реабілітації компенсуються функції, порушені хворобою. Завдання реабілітації вирішуються у системі спеціальних навчальних закладів для різних категорій аномальних дітей, де особливості організації навчального процесу визначаються особливостями аномального розвитку дітей.

6. *Реабілітація* - це система медико-психологічних заходів, які спрямовані на включення дитини з проблемами розвитку у соціальне

середовище, залучення до громадського життя і праці на рівні її психофізичних можливостей.

7. *Абілітація* - це система лікувально-психологічних заходів з метою попередження і лікування патологічних станів у дітей раннього віку, які ще не адаптувалися до соціального середовища і призвели до стійкої втрати можливості навчатися, працювати тощо.

8. *Соціальна адаптація* (від лат. *adapto* - пристосовувати) – приведення індивідуальної та групової поведінки аномальних дітей у відповідність з системою суспільних норм і цінностей. У аномальних дітей через дефекти розвитку ускладнена взаємодія із соціальним середовищем, знижена здатність адекватного реагування на зміни, які відбуваються, ускладнюються вимоги. Вони відчують особливі труднощі у досягненні своїх цілей в рамках існуючих норм, що може викликати у них неадекватну реакцію і призвести до відхилень у поведінці.

9. *Людина з проблемами розвитку* - особа, яка внаслідок порушення здоров'я потребує спеціальних умов для організації сімейного та соціального оточення і самореалізації.

10. *Інвалід* — це особа, яка має порушення здоров'я зі стійкими розладами функцій організму, зумовлене захворюваннями, наслідками травми чи дефектами, що призводять до обмеженої життєдіяльності, і потребує соціального захисту.

11. *Інвалідність* - це обмеження у можливостях, яке зумовлене фізичними, психічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими та іншими бар'єрами, які не дозволяють людині бути повноцінно інтегрованою у суспільство і брати участь у його житті на рівних умовах з іншими.

Характеристика основних наукових теорій

З точки розу психологічного підходу до проблеми інвалідності можна виділити декілька наукових теорій.

1. Індивідуальна теорія особистості (А. Адлер). Одними із основних понять в даній теорії в межах проблеми інвалідності є "почуття

неповноцінності", "компенсація", "комплекс неповноцінності". Згідно даної теорії особи з вираженою органічною слабкістю чи дефектом намагаються компенсувати ці дефекти різними вправами та досягають значних успіхів у певній діяльності. Він вважав, що майже всі люди мають за мету подолання почуття неповноцінності, однак це почуття у деяких людей може бути надмірним та перерости у комплекс неповноцінності. В основі комплексу неповноцінності лежать три види переживань, які переживає особистість у дитячому віці: неповноцінність, надмірна опіка та зневага з боку батьків.

2. Психоаналітична теорія особистості (З. Фрейд). Відомий психоаналітик вважав, що "комплекс неповноцінності" у психологічному аналізі майже не використовується. "Комплекс неповноцінності" має глибоко еротичні корені, але більшою мірою почуття неповноцінності походить із відношення Я до свого Супер-Я, будучи, так само як почуття провини, вираженням напруги між ними. Почуття неповноцінності і почуття провини взагалі важко відокремити один від одного. Дитина відчуває себе неповноцінною, якщо помічає, що її не люблять, і аналогічно відчувається дорослий. Звичайно матері, яким доля дала хвору або неповноцінну дитину, намагаються заповнити цю несправедливість надмірною любов'ю.

3. Теорія про мозкову організацію вищих психічних функцій (О. Р. Лурія). Вчений, виходячи з теорії функціональних систем, сформулював загальні принципи мозкової локалізації вищих психічних функцій, які дозволяють передбачити та аналізувати різні їх порушення у залежності від локалізації ураження мозку. Більшість атипій у тій чи іншій мірі зумовлені порушеннями мозкових процесів, тому їх вивчення повинно включати аналіз мозкової діяльності.

4. Асоціативна психологія (Е. Клаперед, М. Монтесорі). Основними поняттями у межах інвалідизації є "відхилення від норми", "діти з відхиленнями", "відстала дитина". М. Монтесорі вважає, що дитині необхідно надати умови для самонавчання та самовиховання. Вчитель повинен звільнитися від усіх упередженостей відносно "рівнів" та "типів", на які поділяються діти (з більшими чи меншими відхиленнями від норми).

Йому потрібно у своїй уяві бачити єдиний нормальний тип, який живе у духовному світі. З погляду даного підходу у дітей з відхиленнями вищі духовні цінності приховані, і коли вони проявляються, то винагороджується віра вчителя, який передбачав їхню появу. У цих цінностях дитини вчитель бачить таку особистість, якою вона і повинна бути: невтомною з ентузіазмом. Дитині створюються особливі умови для приємних занять, оскільки активна діяльність необхідна для розвитку. Це допоможе відсталій дитині звільнитися від ознак регресії й здійснити перехід від неробства до праці, від пасивності до активності. Тільки праця і воля виправляють недоліки розвитку, а тому всі дитячі установи повинні покласти в основу своєї діяльності ці принципи. Інакше діти, які видужали з "відхиленнями від норми", і всі покращення сходять нанівець[9].

Історичні аспекти суспільної допомоги дітям з особливими потребами

За останні десятиліття в Україні, як і в усьому світі, збільшилась кількість людей з інвалідністю. Це відбувається у результаті багатьох чинників: природні катаклізми, техногенні катастрофи, забруднення зовнішнього середовища, дорожньо-транспортні пригоди, збільшення кількості вроджених патологій і хронічних захворювань. Конституція України гарантує усім право на освіту, але на практиці ми спостерігаємо те, що певні категорії дітей позбавлені доступу до якісної освіти. Усе це свідчить про необхідність кардинальної зміни підходів до ролі і місця людини з інвалідністю у житті суспільства, створення умов для здобуття освіти, професії, посильної участі у трудовій діяльності.

Досвід догляду, навчання і виховання дітей з обмеженими можливостями має багату спадщину, започатковану ще на ранніх етапах суспільного розвитку. Милосердя до дітей і турбота, особливо про покинутих, стали поширюватися із зміцненням християнського світогляду. У слов'янських державах на таких дітей дивилися як на "божих людей", слова "святий" і "юродивий" на Русі були синонімами.

Протягом багатьох років політика у відношенні до інвалідів розвивалася від елементарного догляду у спеціальних закладах до навчання дітей-інвалідів та до реабілітації людей, які стали інвалідами у дорослому віці.

Рівень цивілізованості суспільства багато в чому визначається ставленням цього суспільства до маргінальної групи населення, зокрема до дітей - інвалідів, їхніх сімей тощо. В умовах економічної нестабільності, кризового стану практично всіх складових гуманітарної сфери, початкового етапу правової стабілізації інваліди виявилися найбільш незахищеною категорією населення.

Інвалідів у нашому суспільстві сприймають по-різному: одні до них абсолютно байдужі, інші жалісливі, треті, їх менше, активно допомагають їм. Крім того, існуюче стереотипне уявлення про інтелектуальну і психічну неповноцінність людини із серйозними фізичними вадами прирікає інвалідів на повну ізоляцію: їх не побачиш на підприємствах, у культурних закладах, інформації про них дуже мало на сторінках періодики. Значною мірою це обумовлено нашим минулим. Соціальна й інформаційна політика тоталітарної держави ігнорувала проблеми інвалідів, не сприяла повному охопленню системою освіти дітей і дорослих із руховою недостатністю, створенню пристосованої до їхніх можливостей архітектурного середовища.

Інвалідність у дітей означає суттєве обмеження життєдіяльності, вона сприяє соціальній дезадаптації, яка зумовлена порушеннями у розвитку, труднощами у самообслуговуванні, спілкуванні, набутті професійних навиків. Засвоєння дітьми-інвалідами соціального досвіду, включення їх в існуючу систему суспільних відносин потребує від суспільства певних додаткових заходів, засобів та зусиль (це можуть бути спеціальні програми, центри з реабілітації, навчальні заклади тощо). Розробка цих заходів повинна базуватися на знанні закономірностей, завдань, сутності процесу соціалізації.

Упродовж розвитку людського суспільства так чи інакше поставало питання про вироблення форм громадської опіки, лікування, а пізніше й

навчання дітей з обмеженими психофізичними можливостями. Обсяг такої допомоги залежав від багатьох факторів, передусім стану розвитку економіки, виробничих сил суспільства і характеру виробничих відносин, визначався політичним, моральним, релігійним світоглядом, станом розвитку науки, охорони здоров'я культури, освіти.

У історії розвитку соціальної допомоги особам з відхиленнями в розвитку можна виділити чотири основні етапи: монастирський, медичний, лікувально-педагогічний та етап інтеграції у суспільство.

Монастирський етап (X - середина XVIII ст.)

Історія опікунства дітей з вадами психічного чи фізичного розвитку в Україні сягає давніх часів. Перші офіційні документи про опіку датуються X ст., коли князь Київський Володимир Святославович указом від 996 р. зобов'язав церкву дбати про таких осіб. Є докази, що в Києво-Печерській лаврі вже в першій половині XI ст. відкрився притулок для дітей, у якому окрім сиріт, хворих та убогих, перебували й так звані калічні діти (глухі, сліпі, недоумкуваті). На утримання закладів громадської опіки передбачалася частина коштів від княжих прибутків, яка передавалася монастирям. В історії дефектології та психології (О. Д'ячков, М. Ярмаченко, Х. Замський) наводяться факти про те, що в X-XII ст. у Київській Русі організовувалися заклади, де не лише опікувались неповноцінними дітьми, але й навчали їх елементам грамоти, живопису, співу та різних ремесел.

Громадське піклування про дітей з особливими потребами виникло на ранніх етапах розвитку Київської держави. На початку XII століття в “Повчанні князя Володимира Мономаха своїм дітям” ми знаходимо такі рядки: “Всього паче убогих не забувайте, але ємко могуче по силі кормите й подавайте сироті...”.

За Івана Грозного піклування за сиротами було введено у коло завдань органів державного управління. У 1586 році у статуті Львівської братської школи було зафіксовано, що “вчитель повинен і вчити, і любити дітей усіх однаково, як синів багатих, так і сиріт, убогих і тих, які вулицями ходять, прохаючи на прожиток. Учити їх, хто скільки по силам учиться може...”.

З розвитком суспільних відносин, у важкий період міжусобиць та війн, з'явилась велика кількість людей, які мали потребу в матеріальній та моральній допомозі, будуються богодільні, шпиталі, сирітські будинки, притулки, де дітей не лише опікували і доглядали, але і навчали основам грамоти, живопису, співу та різних ремесел. Особливу активність у благодійній діяльності виявила дружина Павла І Марія Федорівна, яку називали "міністром благодійності", вона піклувалася про сиріт, сліпих, глухонімих. З прийняттям християнства у Київській Русі було запроваджено закони з Візантії, які увійшли до складу громадських Кормчих книг. Стосувалися вони становища "сліпих, глухонімих, божевільних та нестямних" у сім'ї, охорони їхнього майна та інших громадських прав, відповідальності перед кримінальним законом.

Таким чином, вже за часів Київської Русі виявлялися милосердя й гуманізм щодо убогих та калічних і мали певне відображення в офіційних законах. На основі нормативних актів і систем суспільного піклування, здійснюваного головним чином монастирями, формувалося суспільне ставлення до осіб з вадами психофізичного розвитку.

У епоху XV-XVII ст. в Україні значного поширення набували "богодільні-шпиталі", які визнавалися за специфічні форми допомоги хворим та інвалідам. Призначення богоділень не було чітко вираженим. До них приймалися каліки, безумні дорослі й діти, непрацездатні та інші особи, які внаслідок певних обставин жили за рахунок суспільства. Проте вже існуючі форми опіки дітей і підлітків були недостатніми. Їхня діяльність обмежувалася лише тим, що до цих осіб ставилися досить терпимо.

Медичний етап (XVIII - XIX ст.)

У XVIII ст. відбулися окремі позитивні зміни в економічному та культурному перетворенні, розвитку науки і освіти. Швидкими темпами розвивалися педагогіка, медицина, зокрема психіатрія. Активізувалася й діяльність держави у питаннях виховання обездолених та калічних дітей. У цей період розроблялися заходи приватного порядку щодо влаштування богоділень, відкриття спеціальних виховних будинків для безумних.

Вироблялися форми їх опіки, вживалися заходи загального характеру. Це можна вважати першими серйозними кроками у створенні системи громадської опіки.

Медичний етап характеризувався активізацією діяльності земських лікарів-психіатрів, організацією для розумово відсталих осіб при психіатричних лікарнях спеціальних дитячих відділень. На цьому етапі було зроблено перші кроки до вивчення потреби у спеціальному навчанні й вихованні осіб з вадами розумового розвитку. Допомога недоумкуватим стає не лише виявом милосердя, гуманності, але й соціальною потребою, засобом полегшення долі батьків.

Наприкінці 30-х років XIX століття були засновані Московський та Гатчинський сирітські інститути. У ці ж роки виникають перші приватні дитячі притулки. Життя у цих притулках будувалось згідно з “Положенням про дитячий притулок”, яке було написано князем В.Ф.Одоєвським – відомим письменником, автором багатьох книг для дітей (“Книжки дідуся Єремія”, “Посібник для гувернанток” тощо).

Як свідчать архівні матеріали, значний внесок у досвід організації педагогічної діяльності з дітьми та молоддю з проблемами розвитку у другій половині XIX ст. зробили Всеукраїнська Спілка Вчителів, Київське товариство взаємодопомоги жінкам, благодійне товариство судового відомства, Товариство Червоного Хреста (1867), Всеукраїнське товариство допомоги жертвам інтервенції та земства. Приватні благодійні товариства (Товариство трудової допомоги глухонімих тощо) згідно з законом від 5 грудня 1866 року відкривають в Україні школи для аномальних дітей: глухонімих, сліпих, розумово відсталих. Багато робилось і приходськими благодійними організаціями. Вони створювали богодільні для старих та утримували притулки для дітей, де вони отримували шкільну освіту та ремісничі навички.

Лікувально-педагогічний етап (XX ст.)

На цьому етапі було властиве прагнення до вивчення причин природи дефективного розвитку з метою раціональної організації лікувально-виховної роботи з такими дітьми.

На початку XX ст. для таких дітей почали відкривати лікувально-виховні школи і допоміжні класи. Проте через пасивність і байдужість чиновників із Міністерства освіти ця форма педагогічної допомоги дітям з вадами інтелекту не набула свого подальшого розвитку.

На початку XX ст. на розвиток благодійності вплинув революційний рух. Більшовики засудили благодійність як буржуазний пережиток та заборонили будь-яку благодійну діяльність. Внаслідок цього були спроби відкрити спеціальні заклади у системі державної освіти – дитячі будинки.

У 20-ті рр. XX ст. в Україні на чолі з В.Г. Короленком було створено Лігу Спасіння Дітей, Раду соціальної допомоги, Раду захисту дітей та Міністерство соціальної допомоги. У зв'язку зі зростанням бездоглядності, виникає потреба в організації різних виховних дитячих закладів. Так з'являються дитячі приймальні, колонії, зростає кількість дитячих будинків. На перший план виходять соціально-педагогічні аспекти діяльності цих закладів.

У 40 –50-ті роки XX ст. від усіх типів навчальних і виховних закладів згідно з наказом Наркомоса (1943 р.) вимагають вирішення нових завдань, які впливали з вимог до виховання дітей і підлітків на завершальному етапі війни: посилення виховного впливу на дітей, вдосконалення змісту роботи, урахування їхніх індивідуальних особливостей і схильностей, індивідуальний підхід до дитини, виховання у колективі і через колектив.

У другій половині 50-х – середині 60-х років XX століття поряд з традиційною формою інтернатних закладів – дитячими будинками – виникають школи-інтернати, які планувалось у майбутньому перетворити на основний тип державних освітньо-виховних закладів, які спроможні забезпечити навчання і суспільне виховання підростаючого покоління.

У 60 –70 рр. в педагогічній науці та практиці стає помітним повернення у напрямок соціальної педагогіки та психології, становлення та розвиток її

організаційних форм та інститутів, поновлення теоретичних досліджень у галузі освіти і виховання. У сучасних умовах потреба в соціально-педагогічній теорії та практиці посилилась тому, що посилюється роль соціальних факторів у житті суспільства, збільшується кількість дітей та дорослих, які потребують соціального захисту взагалі, соціально-психологічної допомоги зокрема.

У радянський період в Україні, як і в Росії, здійснюється диференціація системи фахової освіти, її структурне удосконалення, перехід від трьох до восьми типів спецшкіл. Вважалося, що в галузі освіти і виховання дітям-інвалідам у колишньому СРСР, а зараз і в Україні надані усі можливості. Дотепер вони, в основному, отримують середню освіту лише в інтернатах. Практично ж система шкільної освіти не вважає потрібним враховувати той факт, що перебування у спецінтернаті збільшує ізоляцію дитини від суспільства, що в значній мірі гальмує її психічний розвиток. Програма освіти у спецінтернатах недостатньо готує вихованця до самостійного життя в суспільстві. І тут варто вести розмову про різновидову депривацію (материнську, сенсорну, патерну тощо).

Сучасний етап – від ізоляції до інтеграції.

Інтеграція інвалідів у суспільство у Західній Європі є головною тенденцією сучасного періоду, що базується на їх повній громадянській рівноправності. Цей етап характеризується в західноєвропейських країнах перебудовою в 80-90-ті роки організаційних основ спеціальної освіти, скороченням кількості спеціальних шкіл і різкого збільшення кількості спеціальних класів у загальноосвітніх школах, перебудовою взаємовідносин масової і спеціальної освіти. Україна зараз знаходиться на етапі лише переходу від третього до четвертого періоду, у той час як Західна Європа вже більше двох десятиліть переживає цей період і знаходиться на його передовій стадії. Змістом цього періоду є реорганізація взаємодії структур масової і спеціальної освіти й орієнтація останньої на підготовку дітей із відхиленнями в розвитку до життя як повноправних громадян суспільства, якому вони належать.

Сутність та проблеми соціальної реабілітації дітей-інвалідів

Соціальна реабілітація дитини-інваліда – це комплекс заходів, спрямованих на відтворення порушених чи втрачених дитиною суспільних зв'язків та відносин. Метою соціальної реабілітації є відновлення соціального статусу дитини, забезпечення соціальної адаптації у суспільстві, досягнення певної соціальної незалежності. Неодмінною умовою соціальної реабілітації є культурна самоактуалізація особистості, її активна робота над своєю соціальною досконалістю. Якими б сприятливими не були умови реабілітації, її результати залежать від активності самої особистості.

Соціальна реабілітація дітей з функціональними обмеженнями – це складний процес, що потребує переорієнтації, і насамперед – у напрямі розробки методології і методики соціально-педагогічної та психологічної моделі соціальної роботи. Специфіка такого підходу викликає необхідність суттєвих змін у ставленні до дітей-інвалідів, які потребують не тільки матеріальної, фінансової, гуманітарної підтримки і заходів реабілітації (медичної, професійної, соціально-побутової), а й належних умов для актуалізації своїх здібностей, розвитку особистих якостей і потреб у соціальному, моральному і духовному самовдосконаленні.

Цілісний, системний підхід дозволяє сформулювати багаторівневу структуру проблем соціальної реабілітації та допомоги. Згідно з цим необхідно вирішувати:

- *проблеми дитини*: підтримка фізичного здоров'я, формування особистості, забезпечення емоційної підтримки, навчання, задоволення соціальних потреб;

- *проблеми сім'ї*: забезпечення фінансової підтримки, житлові умови, навички догляду та навчання дитини, вирішення емоційних проблем, подолання соціальної ізоляції;

- *проблеми професіоналів*: медики (профілактика та підтримка здоров'я), педагоги та психологи (розробка та впровадження спеціальних методів освіти та виховання дітей та батьків), соціальні працівники (забезпечення

допомоги, інформування про ресурси, сімейна та групова робота, захист інтересів дітей та сім'ї, інтеграція зусиль професіоналів), інженери та виробники (розробка та виготовлення спеціальних засобів для підтримки ефективної життєдіяльності та навчання дітей, створення спеціальних робочих місць), юристи, представники законодавчої та виконавчої влади (створення та впровадження відповідної системи захисту прав та обов'язків інвалідів та їх сімей);

- *проблема суспільства* – зміна ставлення до інвалідів та сімей з дітьми-інвалідами;

- *проблеми фізичного середовища*: зменшення впливів, які шкодять здоров'ю та життєдіяльності людини, створення дружнього для інвалідів простору.

Процес соціалізації – це процес взаємодії особистості та суспільства. Людина є і об'єктом (тому що випробовує на собі вплив з боку суспільства, різних соціальних інститутів тощо), і суб'єктом (тому що вона ставить перед собою певну мету та обирає засоби для її досягнення) процесу соціалізації.

Але людина може стати і жертвою цього процесу. Види жертв несприятливих умов соціалізації численні. Це пов'язано з тим, що процес соціалізації здійснюється під дією різних факторів, вплив яких на людину не однозначний, іноді протирічливий, таким чином, можна говорити про наявність різних видів жертв соціалізації. Реальні жертви несприятливих умов соціалізації – діти-інваліди.

Оцінка людей за їх зовнішнім виглядом та за розумовими здібностями характерна для нашого способу життя. Всі люди, які так чи інакше відрізняються від нас, викликають у нас особливе і не завжди доброзичливе відношення. Спосіб класифікації людей з обмеженими можливостями і слова, які використовують при описі таких людей, відображають та визначають стан нашого розуму. Практика та структура призначених для них закладів, входячи у нашу свідомість, створюють відповідний настрій.

Основні проблеми можна розділити на три рівні:

- проблеми макрорівня – в межах держави;
- проблеми мезорівня – наявність регіональних умов;
- проблеми мікрорівня – в сім'ї та її найближчому оточенні.

Проблеми реабілітації на макрорівні. Соціальні проблеми першого порядку – це проблеми, які торкаються суспільства в цілому. Цей комплекс проблем вирішується зусиллями всього суспільства та державою, спрямованими на створення рівних можливостей для всіх дітей. Одна з найбільш суттєвих проблем цього порядку є відношення суспільства та держави до людей з відхиленням у розвитку. Це відношення проявляється у різних аспектах: у створенні системи освіти, навчання, архітектурного середовища, доступної системи охорони здоров'я тощо.

Однією з важливих соціально-педагогічних проблем є розвиток та вдосконалення системи спеціальної освіти. Існуюча в Україні система спеціальної освіти на сучасному етапі не повною мірою забезпечує рівність прав на освіту тих осіб, можливості яких обмежені їхніми вадами, станом здоров'я або конкретними соціальними умовами, не завжди відповідає їхнім запитам, особистим і суспільним інтересам.

Соціальна політика в Україні, яка зорієнтована на інвалідів, дорослих і дітей, будується сьогодні на основі медичної моделі інвалідності. Виходячи з цього, інвалідність розглядається як хвороба, патологія. Така модель певною мірою послаблює соціальну позицію дитини-інваліда, знижує її соціальну значущість, відокремлює від "нормального" дитячого товариства, збільшує її нерівний соціальний статус, прирікає на визнання своєї нерівності, неконкурентоспроможності у порівнянні з іншими дітьми. Медична модель визначає і методику роботи з інвалідом, яка має патерналістський характер та припускає лікування, трудотерапію, створення служб, які допомагають людині виживати, завважимо – не жити, а саме виживати. Наслідком орієнтації суспільства та держави на цю модель є ізоляція дитини з обмеженими можливостями від суспільства у спеціалізованому навчальному закладі, розвиток у неї пасивно-утриманських життєвих орієнтацій. Такий підхід несе в собі

дискримінаційну ідею, виявляє відношення суспільства до інвалідів як соціально непотрібної категорії. Традиційний підхід не вичерпує усю повноту проблем тої категорії дітей, про яку йде мова. У ньому яскраво відображений дефіцит бачення соціальної сутності дитини. Проблема інвалідності не обмежується медичним аспектом, вона в найбільшій мірі є соціальною проблемою нерівних можливостей.

Така думка змінює підхід до тріади "дитина – суспільство – держава".
Сутність цієї зміни полягає у наступному:

- головна проблема дитини з обмеженими можливостями полягає у порушенні її зв'язку зі світом, в обмеженій мобільності, недостатності контактів з однолітками та дорослими, в обмеженому спілкуванні з природою, недоступності низки культурних цінностей, а іноді і елементарної освіти. Ця проблема є наслідком не тільки суб'єктивного чинника, яким є стан фізичного і психічного здоров'я дитини, але і наслідком соціальної політики та сталої суспільної свідомості, які санкціонують існування недоступного для інваліда архітектурного середовища, громадського транспорту, соціальних служб;

- дитина, яка має інвалідність, може бути такою ж здібною та талановитою, як і її одноліток, який не має проблем зі здоров'ям, але виявити свій талант, розвинути його, приносити за допомогою його користь суспільству їй заважає нерівність можливостей;

- дитина – не пасивний об'єкт соціальної допомоги, а людина, яка розвивається, яка має право на задоволення різнобічних соціальних потреб у пізнанні, спілкуванні, творчості;

- держава повинна не тільки надати дитині, яка має інвалідність, певні пільги та привілеї, вона повинна піти назустріч її соціальним потребам і створити систему соціальних служб, що дозволяли б згладжувати обмеження, які заважають процесам її соціалізації та індивідуального розвитку.

Соціальні проблеми мезорівня. Соціальні проблеми іншого порядку пов'язані з регіональними умовами, з наявністю чи відсутністю спецшкіл,

спеціальних реабілітаційних центрів, спеціалістів-дефектологів на місцях мешкання сімей, де є дитина-інвалід. Оскільки спеціальні навчальні заклади розташовані в країні нерівномірно, то діти-інваліди часто повинні отримувати освіту та виховання у спеціальних школах-інтернатах. Потрапляючи у таку школу, діти-інваліди ізолюються від сім'ї, від однолітків, які розвиваються нормально, від суспільства в цілому. Аномальні діти замикаються в певному соціумі, своєчасно не здобувають належний соціальний досвід. Відокремленість спеціальних освітніх закладів не може не відобразитись на розвитку особистості дитини, на її готовності до самостійного життя.

Традиціоналізм, характерний для навчальних закладів, як правило, проявляється в орієнтації на звичні для інвалідів професії: слюсар, столяр, швачка тощо, хоча вони іноді далекі від їх реальних можливостей. Крім того, не поновлюються методи та форми профорієнтаційної роботи. Адже нові умови життя дозволяють ставити проблему здобуття інвалідами сучасних престижних професій, здійснювати професійну підготовку за тими видами праці, за якими є потреба у регіоні.

Результатом переживань батьків стають установки на "оранжерейне" виховання хворої дитини, які передбачають її гіперопіку і формують маленьких егоїстів та домашніх тиранів, чи, навпаки, скрите чи явне емоційне відторгнення такої дитини сім'єю. Дитина, опинившись наодинці з батьками та лікарями, у яких одна домінанта – її хвороба, поступово ізолюється від суспільства, і ось тут про жоден розвиток і тим більше соціальну реабілітацію мови бути не може.

Соціальні проблеми мікрорівня. Сім'ї, які мають дітей-інвалідів, потребують конкретної допомоги соціальних служб. Інвалідність призводить до обмеження життєдіяльності людини, її соціальної дезадаптації, обмеження здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, спілкування, майбутньої трудової діяльності внаслідок відхилень у фізичному та психічному розвитку. Система навчання цих дітей не досконала, тому потрібно

вирішувати комплекс соціальних та психолого-, медико-педагогічних проблем із соціальної орієнтації таких дітей. Корекційну роботу найчастіше виконують самі батьки, проте багато з них не володіють спеціальними знаннями з дефектології та медико-соціальної реабілітації.

Таким чином, діти-інваліди дуже часто не мають соціальної та матеріальної підтримки, умов для розвитку своїх інтересів, здібностей, ще й приречені на інтелектуальну потворність. Здебільшого діти-інваліди виховуються у неповних сім'ях. У складних соціальних умовах боротьба за виживання, відсутність необхідних знань та вмінь не дають матері змоги навчити дитину елементарних навичок соціальної орієнтації, допомогти адаптуватися у сучасних умовах. У таких сім'ях панує психологічна пригніченість, безперспективність, апатія, невпевненість у майбутньому. Матері часто втрачають професію, місце роботи, змушені обмежувати свою участь у культурному житті.

Принципи спеціальної психології

Методологічні позиції спеціальної психології визначаються наступними принципами:

– *принцип детермінізму*, відповідно до якого всі психічні явища, як і психіка в цілому, розглядаються як причинно обумовлені діяльністю мозку і навколишньою дійсністю. Детермінування всіх явищ, які характеризують аномальний розвиток, пов'язується з різними патологічними чинниками. Виявлення цих чинників є одним із завдань діагностики при визначенні ускладнень у навчанні дитини;

- *принцип розвитку*, який виражається у тому, що всі психічні явища розуміються як такі, які постійно кількісно і якісно змінюються і розвиваються. Стосовно спеціальної психології цей принцип передбачає аналіз процесу виникнення дефекту, пояснення того, продуктом якої зміни попереднього розвитку є цей дефект і які його прогнозовані наслідки;

- *принцип єдності свідомості і діяльності*, згідно якого діяльність є умовою виникнення, чинником формування і об'єктом свідомості людини. При вивченні аномальних дітей реалізація принципу єдності свідомості і

діяльності знаходить своє вираження у тому, що діяльність аномальної дитини є одним з важливих параметрів оцінки рівня її розвитку.

Завдяки використанню цих принципів у спеціальній психології здійснюється об'єктивний підхід до вивчення психіки аномальних дітей. Методологічні основи і теоретичні положення спеціальної психології визначають спільну методичну стратегію досліджень у цій галузі знань.

Завдання спеціальної психології

- 1). вивчення закономірностей і особливостей психічного розвитку дітей і дорослих з різними психічними і фізичними вадами у різних умовах і перш за все в умовах корекційного навчання;
- 2). вивчення порушень розвитку і формування конкретних форм психічної діяльності і психічних процесів у різних груп аномальних дітей;
- 3). створення методів і засобів психологічної діагностики порушень розвитку;
- 4). розробка засобів психологічної корекції вад розвитку;
- 5). психологічне обґрунтування змісту і методів навчання та виховання у системі спеціальних освітніх установ;
- 6). психологічна оцінка ефективності змісту і методів навчання дітей з вадами розвитку у різних умовах;
- 7). психологічне вивчення соціальної адаптації осіб з вадами розвитку;
- 8). психологічна корекція дезадаптації. На сьогоднішньому етапі найбільш актуальним завданням є розробка діагностичних методик і виявлення шляхів, засобів і способів компенсації порушень у розвитку дітей.

Основним завданням спеціальної психології на сьогоднішньому етапі є формування адекватної особистості в умовах застосування спеціальних методів і прийомів виховання і навчання, за рахунок яких відбувається заміна і перебудова порушених функцій.

Контрольні запитання і завдання:

1. Сформулюйте визначення спеціальної психології. Охарактеризуйте основні етапи її розвитку.
2. Які методологічні позиції і принципи спеціальної психології?
3. Як пов'язана спеціальна психологія з іншими науками? Наведіть приклади.
4. Дайте визначення понять «аномальна дитина» і «аномальний розвиток». Якими сучасними термінами можна їх замінити? Наведіть приклади особливих потреб дітей з порушеннями в розвитку.
5. Які завдання спеціальної психології Ви вважаєте найбільш важливими?
6. Створіть схему, що розкриває предмет, об'єкт спеціальної психології, її завдання і галузі.
7. На які концепції і теорії Л.С. Виготського слід опиратися при поясненні суті основних категорій спеціальної психології?
8. Яка роль психолога у роботі з дітьми, що мають проблеми у розвитку, на сучасному етапі?

Список використаної літератури

1. Выготский Л.С. Три основных типа дефекта // Педагогическая энциклопедия. М., 1928. Т. 2. Стб. 392; То же // Собр. соч.: В 6 т. М.: Педагогика, 1983. Т. 5. С. 181-182; То же // Выготский Л.С. Проблемы дефектологии. — М.: Просвещение, 1995. С. 115-116.
2. Выготский Л.С. Социально-психологическая основа воспитания ребенка с дефектом // Педагогическая энциклопедия. М., 1928. Т. 2. Стб. 393-394; То же // Собр. соч.: В 6 т. М.: Педагогика, 1983. Т. 5. С. 182-183; То же // Выготский Л.С. Проблемы дефектологии. — М.: Просвещение, 1995. С. 116-117.
3. Дефектология: Словарь-справочник / Авт.-сост. С.С. Степанов; под ред. Б.П. Пузанова. — М., 1996.-231с.
4. Усанова О.Н. Специальная психология [Текст] / О.Н.Усанова. — М., 1990.- 298с.

5. Дети с нарушениями развития: [Текст] Хрестоматия / Сост. В.М. Астапов. – М., 1995.-342с.
6. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей [Текст] / В.В.Лебединский. – М., 1985.-287с.
7. Лурия А. Р. Высшие корковые функции и их нарушение при локальных поражениях мозга. [Текст] / А.Р. Лурия. — М., 1962, 2-е изд. 1969.-С45-67.
8. Мэш Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. [Текст] / Э.Мэш, Д.Вольф. – СПб., 2003. – 432с.
9. Монтессори М. «Дети – другие» [Текст] / М. Монтессори. — М.:Прайм-Еврознак, 2009.- 324с.
10. Мамайчук И. И. Психология дизонтогенеза [Текст] / И.И.Мамайчук. — СПб., 2000.-С.34- 43.

Тема 2. Загальна характеристика розладів психофізичного розвитку та їх причини

План

1. Розуміння норми і аномалії у психофізичному розвитку особистості. Класифікація норм.
2. Екзогенні та ендогенні причини порушень психофізичного розвитку.
3. Класифікація дітей із вадами психофізичного розвитку, види онтогенезу.
4. Структура дефекту, його первинні та вторинні ознаки.
5. Моделі реабілітації людей з обмеженими можливостями.
6. Загальні та специфічні закономірності розвитку, навчання і виховання аномальних дітей.

Розуміння норми і аномалії у психофізичному розвитку особистості

Проблема визначення межі "нормального розвитку" людини завжди була і є надзвичайно складною, відповідальною і багатоаспектною. На

сьогоднішній день стратегічним вважається особистісно-орієнтований підхід. Що, безперечно, потребує від фахівця володіння необхідними знаннями і навичками, які дадуть йому змогу забезпечити індивідуальну траєкторію розвитку не тільки так званої середньостатистичної нормальної дитини, а й такої, яка відрізняється від інших у межах від обдарованості до тяжких вад розвитку.

Поняття норми походить від латинського слова «правило», «зразок». Тому поняття "норма" (від лат. norma — керівне начало, початок, зразок) має декілька значень. У психології виділяють різні види норм — статистичні, фізіологічні, індивідуальні. Але коректне звернення до цього поняття передбачає диференціювання норм за віком, статтю, соціальною, культурною, етнічною приналежністю суб'єкта.

Середньостатистична норма — це такий рівень психосоціального розвитку людини, який відповідає середнім якісно-кількісним показникам, отриманим під час обстеження представницької групи популяції людей однакового віку, статі, культури тощо. Орієнтування на статистичну норму розвитку тих чи інших психічних якостей є особливо важливими на етапі первинної діагностики психічного стану дитини у процесі визначення характеру основного дефекту, його тяжкості. Зазвичай статистична норма — певний діапазон значень розвитку будь-якої якості (рівень інтелектуального розвитку або його складових; шкала самооцінки; рівень мовленнєвого розвитку; зріст, вага тощо), що знаходяться навколо середнього арифметичного. Зона середньої статистичної норми означає рівень розвитку, притаманний не менше ніж 68% осіб цієї вікової категорії, статі. Якісно-кількісні нормативи вікового розвитку, забезпечені відповідною системою діагностичних методів, дають змогу точно кваліфікувати особливості дитячого розвитку або як індивідуальні варіанти нормального розвитку, або як відхилення. Орієнтація на статистичну норму важлива, передусім, на етапі виявлення недоліків у розвитку і визначення міри патологічності, що потребують корекційної психолого-педагогічної, а часто і медичної допомоги.

Якщо б принцип статистичної норми застосовувався у повному обсязі, то нормальними довелось б вважати тільки середніх, нічим не примітних людей. Тобто статистичну норму слід сприймати стримано і тим більше не обмежуватися в оцінці властивостей, якостей, характеристик людини тільки їй одній.

Функціональна норма (або індивідуальна норма). Основу концепції функціональної норми становить уявлення про неповторність шляху розвитку кожної людини, а також про те, що будь-яке відхилення можна вважати відхиленням, тільки зіставляючи його з індивідуальним шляхом розвитку кожної людини. Тобто це індивідуальна норма розвитку, яку можна вважати відправною точкою й одночасно метою реабілітаційної роботи з людиною, незважаючи на характер порушень. З цього погляду досягнутий стан можна тільки тоді вважати нормою, якщо в результаті цілеспрямованої психокорекційної роботи буде досягнуто гармонійний баланс між можливостями, бажаннями і вміннями з одного боку, й тими вимогами, що ставить соціум, маються на увазі вік, стать, рівень психосоціального розвитку — з іншого.

Основним критерієм ефективності наданої допомоги є досягнення дитиною балансу, незважаючи на різні варіанти первинних порушень. Власне, досягнення цього стану спеціалісти вважають найважливішим показником душевного здоров'я людини і розглядають його як критерій оптимального рівня соціально-психологічної адаптованості.

На сьогоднішній день у роботі із дітьми з проблемами розвитку, при обговоренні нормальності їх поведінки слід виходити з їх можливостей і здібностей, оскільки саме їх діапазон і є для них нормою, а всі відхилення від нього — прогресом або регресом в розвитку. В цілому, оцінюючи рівень розвитку індивіда з точки зору індивідуальної норми, необхідно враховувати його власний особливий шлях розвитку і будь-яке відхилення вважати за відхилення від норми тільки у зіставленні з цим шляхом. Але використання цієї норми також повинно бути особливим через соціальну

позицію особистості, її взаємодію з соціумом. Індивідуальна норма надмірно акцентує особисту свободу і право на власний шлях розвитку і спосіб життя в цілому без належного врахування того, що є соціально прийнятним.

Соціальна норма - це загальновизнані правила, зразки поведінки, стандарти діяльності, які забезпечують впорядкованість, регулярність соціальної взаємодії індивідів і груп. Соціальні норми володіють спільними властивостями — об'єктивністю, історичністю, універсальністю, безумовністю. Наявність визначених суспільно значущих стимулів діяльності (цілей, ідеалів, цінностей), зразків або правил «нормальної» для даної групи поведінки і санкцій за ухилення від них складає основи соціального контролю в будь-якому співтоваристві. Моральні норми як вигляд соціальних регулюють етичну поведінку і взаємини людей, служать підставою оцінки їх вчинків.

Групова норма - це специфічний вид заломлення соціальних норм. Наявність у групі досить розвиненої, розгалуженої і стійкої системи норм дозволяє їй співвіднести поведінку кожного її члена з еталоном і на цій основі вибрати ефективний засіб дії індивіда. Групові норми полегшують здійснення соціального контролю активності членів групи. А. Маслоу пише про те, що загальноприйнятий підхід до людини, коли за норму вважається середньостатистичне, підштовхує до висновку, що «нормальність» — краще, чого можна чекати від людини, і тому повинно задовольнятися нею. Проте він схильний вважати таку норму швидше хворобою, потворністю, затримкою людського розвитку[9].

За визначенням Л. Пожар, дитина вважається нормальною[11]:

а) якщо рівень розвитку дитини відповідає рівневі більшості дітей її віку або старшого віку, враховуючи рівень розвитку суспільства, в якому вона проживає;

б) якщо дитина розвивається відповідно до загальних напрямів, які визначають розвиток індивідуальних якостей, здібностей і можливостей,

конкретно і однозначно домагаючись повного розвитку окремих складових та їх повної інтеграції, долаючи можливі негативні впливи з боку власного організму і оточення;

в) коли дитина розвивається згідно із суспільними вимогами, які визначають як актуальні норми поведінки, так і подальші перспективи її адекватного творчого соціального функціонування у період зрілості.

У спеціальній психології також використовується поняття *ідеальна норма*. Це певний оптимальний розвиток особистості в оптимальних для неї умовах. Ідеальну норму вважають вищим рівнем норми функціональної. Ідеальної норми (ідеального онтогенезу) немає в реальності. Вона не може бути критерієм оцінювання реальних процесів або станів психіки, але з її допомогою можна виокремити об'єктивні закономірності психічного розвитку, необхідні й водночас достатні умови для забезпечення успішності їх формування.

Відомо, що нормальний психічний розвиток має надзвичайно складну структуру. Є велика кількість визначень поняття "розвиток", зокрема *розвиток* — це безперервно-поступальний, незворотний процес формування якісно позитивних змін у характері суб'єктивного відображення людиною зовнішнього і внутрішнього світів (у параметрах повноти, точності, глибини і взаємопов'язаності), що забезпечує ефективнішу саморегуляцію зовнішньої предметної і внутрішньої психічної діяльності. Найважливішим періодом дитячого розвитку вважається процес становлення у ранньому дитинстві — періоді активного накопичення психічних функцій і формування міжфункціональних зв'язків. Порушення цього процесу в ранньому дитинстві найчастіше зумовлює виникнення різноманітних відхилень психічного розвитку дитини.

Дитина постійно перебуває у процесі не тільки кількісних, але і якісних змін. Водночас у процесі власне розвитку спостерігаються періоди прискорення і періоди гальмування, а у випадку ускладнень — повернення до попередніх форм активності. Як правило, це нормальне явище дитячого

розвитку. Дитина не завжди здатна успішно виконати більш складне завдання, а якщо зможе — вирішує його з великим психічним перевантаженням. Тому тимчасовий відступ має тимчасовий захисний характер.

Основні форми та прояви порушень поведінки у підлітків

Девіантна поведінка — відхилення поведінки від загальноприйнятих у суспільстві норм.

Види девіантної поведінки у підлітків:

Делінквентна поведінка — ланцюг проступків, провин, дрібних правопорушень, які не караються кримінальним кодексом. Підлітки можуть проявляти велику делінквентну активність, непокоїти цим дорослих. Найчастіше причинами є недоліки виховання (неповна сім'я, гіпоопіка,...) або аномалії характеру (психопатії, акцентуації). У 1/3 випадків делінквентність поєднується з втечами з дому і бродяжництвом.

Види втеч підлітків:

- 1) емансипаційні (з метою уникнення контролю і опіки);
- 2) імунітивні (внаслідок жорстокого ставлення підлітків);
- 3) демонстративні (з метою привернути увагу, добитися від батьків якихось переваг);
- 4) дромоманічні (внаслідок раптового немотивованого виникнення потягу до зміни обстановки, поєднуються з розладами потягів, садомозахістичними діями).

Суїцидна поведінка підлітків об'єднує всі прояви суїцидної активності: думки, наміри, погрози, спроби, замаху на життя.

Види:

- 1) демонстративна — розігрування спроб самогубства без справжнього наміру це зробити з метою привернути увагу, розжалобити, уникнути неприємностей, покарати кривдника. Внаслідок необережності все може закінчитися фатально;

2) афективна – суїцидні спроби здійснюються у стані афекту, на фоні пригнічення діяльності свідомості, критичності мислення внаслідок дії сильного або тривалого стресу;

3) істинна – обдуманий, виношуваний намір покінчити життя самогубством.

Порушення сексуальної поведінки у підлітків найбільше загрожують акселерованим підліткам (у них швидко виникає статевий потяг), інфантильним (попадають під вплив і стають об'єктом розпусти). На відміну від істинних сексуальних перверзій девіації сексуальної поведінки у підлітковому віці ситуативно зумовлені і є транзиторними (перехідними). В окремих випадках можуть пізніше залишитися як звичка і існувати поряд із нормальним статевим життям.

Сексуальні девіації підліткового віку:

- 1) гіперфемінна поведінка хлопців і гіпермаскулінна поведінка дівчат;
- 2) транзиторний фетишизм;
- 3) транзиторний ексгібіціонізм;
- 4) транзиторний вуаєризм;
- 5) транзиторна зоофілія;
- 6) транзиторний гомосексуалізм;
- 7) фротаж тощо.

Адиктивна поведінка – поведінка людини, обмеженої хімічною залежністю від психотропних речовин, які змінюють психіку. *Алкоголізм* – хвороба, яка виникає в результаті надмірного вживання алкоголю, проявляється патологічною залежністю від нього, супроводжується психічними, неврологічними, соматичними розладами. *Пияцтво* – це антисуспільна форма поведінки, ґрунт, на якому розвивається алкоголізм. Найбільш широко воно поширене серед неповнолітніх правопорушників при соціально-педагогічній занедбаності і тоді вже в юнацькому віці може сформуватися алкоголізм. Як правило, підліткам притаманна групова психічна залежність від алкоголю, коли бажання

випити виникає у певній компанії, індивідуальна трапляється рідко, оскільки є ранньою ознакою алкоголізму.

До біологічних факторів формування алкоголізму слід віднести народження дитини в сім'ї алкоголіків. Така дитина народжується ослабленою, через недогляд в неї може бути велика кількість черепно-мозкових травм. Залежність від алкоголю формується дуже швидко, швидко втрачають контроль за дозою випитого, дуже агресивні в стані сп'яніння. У зарубіжній літературі виділяють такі типи особистості, які психологічно схильні до алкоголізму:

- 1) вважають себе бездоганними, поза критикою, перейняли від батьків думку про себе як надцінну особу;
- 2) агресивні, асоціальні, збудливі, жорстокі;
- 3) непристосовані, безпомічні, результат виховання зверхтурботливих батьків.

Соціальними факторами формування алкоголізму є, наприклад, життєві традиції народу, низький рівень освіти, звичаї найближчого оточення, відсутність профілактичних заходів у сім'ї, школі тощо. Стадії залежності від речовин, які змінюють психіку людини:

- 1) паління тютюну;
- 2) зловживання алкоголем;
- 3) паління препаратів індійської коноплі (гашиш, маріхуана);
- 4) вживання власне наркотичних препаратів, заборонених для немедичних цілей.

Проблематично з'ясовувати причини і фактори порушень розвитку, не знаючи умов, які забезпечують нормальний психічний розвиток. О.Р. Лурія визначив п'ять основних умов нормального психічного розвитку, що і на сьогодні є точними і сучасними, на які орієнтуються спеціалісти, намагаючись глибше зрозуміти структуру порушеного розвитку[8]:

- збереженість структур і функцій центральної нервової системи;
- збереженість аналізаторних систем;
- збереженість мовленнєвих систем;
- нормальний фізичний розвиток;
- адекватне вікові й можливостям виховання і навчання.

Звичайно, порушення навіть однієї з перелічених умов може спричинити багато варіантів порушеного розвитку. Будь-яке відхилення від нормального розвитку завжди має причину, незалежно від того, відома вона чи ні. Слід зазначити, що спектр несприятливих умов, які порушують нормальний процес розвитку дитини, надзвичайно великий. Але умовно ці фактори можна поділити на зовнішні та внутрішні, або біологічні та соціальні. Враховуючи час негативного впливу на організм дитини серед патогенних факторів вирізняють: пренатальні (до початку пологової діяльності), натальні (під час пологів), постнатальні (після пологів і такі, що мають місце в період з раннього дитинства і до трьох років).

Згідно з клініко-психологічними дослідженнями найважчий недорозвиток психічних функцій виникає внаслідок шкідливого впливу в період інтенсивної диференціації структур головного мозку на клітинному рівні, тобто на ранніх етапах ембріогенезу, на початку вагітності. Фактори, які порушують розвиток плода ще до народження називаються тератогенними.

До біологічних факторів ризику, що можуть зумовити значні відхилення у фізичному і психічному розвитку дитини, належать: хромосомно-генетичні відхилення, зумовлені спадково або такі, які виникли у результаті генних мутацій, хромосомних аберацій; інфекційні та вірусні захворювання матері під час вагітності; серцево-судинні та ендокринні захворювання матері; венеричні захворювання матері; імунологічна несумісність крові матері й плода; алкоголізм і вживання наркотиків батьками, особливо матір'ю; біохімічні впливи (радіаційне опромінення, екологічне

забруднення навколишнього середовища, вживання харчових добавок, неграмотне використання медичних препаратів тощо), які негативно впливають на здоров'я майбутніх матерів під час вагітності, а також на дітей у ранні періоди постнатального розвитку; серйозні відхилення у соматичному статусі матері; токсикози матері під час вагітності, особливо у другій половині; гіпоксичні стани (киснева недостатність); патологічний перебіг пологової діяльності, особливо якщо відбувається травматизація головного мозку; мозкові травми і тяжкі інфекційні й токсико-дистрофічні захворювання, перенесені дитиною в ранньому віці; низка хронічних захворювань (серцево-судинні, ендокринні, імунні, алергічні, інфекційні, вірусні тощо), що починаються в ранньому і дошкільному віці. Поряд із біологічними факторами не менш значущою є соціально-психологічна детермінація. Відлучення дитини від матері, недостатність емоційного тепла, збіднене в сенсорному відношенні середовище, бездушне і жорстоке ставлення до дитини також можуть бути причинами різних варіантів порушень психогенезу.

Якщо клініцисти більше уваги звертають на фактори біологічного характеру, то соціально-психологічним спектром цікавляться спеціалісти у галузі педагогіки і психології, як правило, — дефектології. Для останніх надзвичайно важливо зрозуміти складний характер етіологічного (причинного) фактора і порушеного розвитку. Клінічними дослідженнями доведено, що одна й та сама причина може призвести до абсолютно різних відхилень у розвитку. А з іншого боку, відмінні за характером патогенні умови зумовлюють однакові форми розладів. Це означає, що причинно-наслідкові зв'язки між патогенним фактором і порушеним розвитком можуть мати не тільки безпосередній, а й опосередкований характер.

Варто зазначити, що кінцевий ефект дії патогенного впливу (або фактору), тобто конкретна форма порушеного розвитку, залежить не тільки від нього самого, а й від численних поєднань інших чинників. До таких перемінних характеристик належить переважна локалізація негативного

впливу, який найчастіше буває вибіркоким, у результаті чого пошкодитися можуть різні структури, органи й системи. Іншою важливою характеристикою деструктивних умов є їх інтенсивність. Звичайно, сила патогенного впливу безпосередньо впливає на остаточний ефект, вираженість того чи іншого порушення. Не менш значущою перемінною є експозиція, або тривалість шкідливого впливу. Чим довше індивід відчуває на собі вплив патогенного фактора, тим важчими будуть його наслідки. Навіть якщо несприятливий вплив короточасний і незначний, але такий, що часто повторюється, може спрацювати кумулятивний ефект, що може спричинити тяжкі розлади розвитку. Тому частота впливу є важливою характеристикою шкідливих умов.

Не менш важливі і власні характеристики індивіда, який відчуває на собі негативний вплив, насамперед це віковий показник. Зв'язок віку і важкості дефекту обернено пропорційний: чим менша дитина, тим важчими можуть бути наслідки патогенного впливу. Спеціалісти виокремлюють ще одну перемінну, яка не належать ні до патогенних характеристик, ні до властивостей індивіда. Це кваліфікована допомога, зокрема, психолого-педагогічна. Кінцевий ефект деструктивних умов визначається ефективністю вчасно наданої допомоги.

Отже, біологічні причини, або детермінанти, безумовно, можуть спричиняти відхилення у психічному розвитку. Але часто не менш важливу роль у цьому відіграють несприятливі соціальні чинники, які здатні значно підсилювати негативний потенціал біологічних. Чим швидше дитина потрапляє у несприятливі соціальні умови, тим грубішими і стійкішими можуть бути порушення розвитку. Поєднання внутрішніх і зовнішніх несприятливих умов у сукупності і утворює особливий аномальний, або дизонтогенетичний фактор, що зумовлює порушення розвитку.

Знання причин і умов, які спричиняють різноманітні варіанти порушень у розвитку, збільшує уявлення фахівців освітньої галузі про сутність дизонтогенезу.

Оллпорт виділяє ряд психологічних механізмів (описових характеристик), які властиві нормальній особистості [11]:

- 1) активна позиція по відношенню до дійсності, вивчення та подолання реальності, а не втеча від неї;
- 2) доступність досвіду свідомості (тобто здатність бачити події власного життя такими, якими вони є, не вдаючись до «психологічного захисту»);
- 3) самопізнання з гумором;
- 4) здатність до абстракції;
- 5) постійний процес індивідуалізації - розвитку та ускладнення внутрішньої особистості, що не призводить до аутизму;
- 6) функціональна автономність мотивів;
- 7) стійкість до фрустрації.

На противагу анаболічним механізмам, які забезпечують психічне здоров'я, Оллпорт виокремлює катаболічні, патогенні механізми (властивості) [11]:

- 1) пасивна позиція по відношенню до дійсності;
- 2) витіснення;
- 3) інші способи захисту «я» (раціоналізація, реактивні утворення, проєкції та заміщення, різні форми спотворення справжнього стану речей на догоду внутрішній рівновазі і спокою);
- 4) обмеженість мислення на конкретному рівні;
- 5) різноманітні форми «закостеніння» розвитку.

На думку Оллпорта, саме ці механізми, якісно відмінні від анаболічних, характерні для різних випадків аномалій.

Психічні відхилення, як доцільно зазначає П.А. М'ясоїд [10], тривалий час не привертали особливої уваги ні психології розвитку, ні патопсихології, яка зосереджувалася на психічній аномалії. Найчастіше вони виявлялися в практичній діяльності педагогів. Власне педагогічна практика висунула питання про відповідний клас таких явищ, як «важкі діти», «відхилення у розвитку», «педагогічна занедбаність», «делінквентна (від англ. delinquency - проступок) поведінка» тощо. Тому відхилення у

психічному розвитку часом зводилися до делінквентної поведінки, як особливого типу психічного розвитку в дитячому віці.

Типи відхилень	Вияви	
	Вияви	Факти біографії
Порушення поведінки	Неслухняність, деструктивність, запальність, безвідповідальність, гнівливість, плутаність, нав'язливість, нахабство, шаленство, потяг до руйнування	Раптові напади, опір авторитету, неадекватне почуття провини, загострена чутливість, сварливість
Порушення особистості	Почуття неповноцінності, розвинена самосвідомість, уникання спілкування, тривожність, плач, гіперсензитивність, депресія, неусміхненість, боязкість, гризіння нігтів	Прагнення до усамітнення, чутливість, неспіливість
Незрілість	Розсіяність, незграбність, пасивність, марення наяву, млявість, нервовий сміх, мастурбація, гризіння предметів, дитяча гра у зрілому віці	Нездатність взаємодіяти зі світом, утеча з дому, таємні крадіжки, некомпетентність
Асоціальні тенденції	Протиправна поведінка	«Погані» друзі, прогулювання школи, пізнє вкладання до сну, відданість вибраним одноліткам, прийняття асоціальними групами, співучасть у крадіжках

Табл.1. Характеристика відхилень у психічному розвитку (за Х. Куєєм).

Оскільки вияви останнього не вкладаються в закономірності ні нормального (нормативного), ні ненормального (аномального) розвитку, його можна назвати *ненормативним*. Випадки ненормативного розвитку

значно почастишали на сучасному етапі розвитку цивілізації, чимало чинників негативно позначаються на психічному здоров'ї молоді. Загалом, за даними Всесвітньої організації здоров'я, до 20% дітей мають непатологічні (доклінічні, межові) форми порушення психічного розвитку.

Аномальний психічний розвиток можна діагностувати, знаючи критерії психічної аномалії (дизонтогенезу) і психічної норми.

Критерієм *психічного дизонтогенезу* (фр. «des» - від), очевидно, є дефект (від лат. «defectus» - вада) - органічне ураження мозку, спричинене біологічними - генетичними (хромосомними змінами, генними мутаціями) і негенетичними (інфекціями, інтоксикаціями, травмами нервової системи тощо) - чинниками. Тобто йдеться про порушення органічного рівня психічного розвитку. *Психічний дизонтогенез* - це порушення розвитку психіки в цілому або її окремих складових, а також порушення співвідношення темпів і термінів розвитку окремих сфер психіки і різних компонентів цих сфер. Практично будь-яка більш менш тривала патологічна дія на незрілий мозок може призвести до відхилень в психічному розвитку. Основними чинниками, що визначають характер дизонтогенезу, є походження, локалізація, міра поширеності і вираженості ураження, час його виникнення і тривалість дії, а також умови виховання і навчання хворої дитини. У поняття «аномальний розвиток» входить ряд положень:

По-перше, дефект у дитини, на відміну від дорослої людини, призводить до порушень розвитку;

По-друге, дефект у дитини може призвести до порушень у розвитку при певних умовах. Дитячий мозок наділений великою пластичністю і у дитячому віці великі можливості до компенсації (заміщення) дефекту. У зв'язку з цим, навіть при наявності порушень у певних відділах мозку, може не спостерігатись відсутність окремих функцій.

Виокремлення параметрів аналізу дизонтогенезу дозволяє провести кваліфікацію аномального розвитку. До таких параметрів відносяться:

– *функціональна локалізація порушень*, у залежності від якого виділяють особистий дефект, пов'язаний з порушеннями мови і загальний - з порушеннями кіркових і підкіркових систем головного мозку.

– *час порушення*. Чим раніше виникло порушення, тим вірогідніше явище недорозвитку функцій, при пізньому порушенні виникають порушення, пов'язані з розпадом психічних функцій.

– *міра порушення*. Більш глибоке порушення призводить до виражених порушень у розвитку.

– *структура порушення*. В основі даного поняття лежить виокремлення Л.С. Виготським системи порушень. Він запропонував розрізняти в аномальному розвитку дві групи симптомів:

– первинні порушення, які безпосередньо пов'язані з біологічним характером хвороби;

– вторинні, які виникають безпосередньо у процесі соціального розвитку. Вторинний дефект є основним об'єктом у психологічному вивченні.

Основні типи психічного дизонтогенезу (за Ковальовим В.В.)[4]:

1) ретардація – запізнення чи зупинка всіх складових або окремих компонентів психіки;

2) асинхронія - диспропорційний, викривлений психічний розвиток при вираженому випередженні розвитку одних психічних функцій і відставанні у розвитку інших;

3) дисфункція дозрівання - морфофункціональна вікова незрілість центральної нервової системи.

Основні типи психічного дизонтогенезу (за Лебединським В.В.)[5]:

- недорозвиток,
- затриманий розвиток,
- пошкоджений розвиток,
- дефіцитарний розвиток,
- викривлений розвиток,
- дисгармонійний розвиток.

Залежно від характеру дефекту психічний дезонтогенез поділяють на недорозвинення, порушений дезонтогенез, дефіцитарний, спотворений, дисгармонійний і затриманий дезонтогенез

Недорозвиток наявний у випадку раннього грубого ураження мозку, особливо його лобових часток. Моделлю психічного дезонтогенезу цього типу є олігофренія (від гр. *ολίγος* - малий, *φρήν* - розум) - одна з форм розумової відсталості, характерною ознакою якої є стійке і глибоке зниження продуктивності всіх складових пізнавальної діяльності. При цьому мислення вражається більше, ніж мовлення, мовлення - більше, ніж сприйняття, пам'ять, емоції.

Порушений дезонтогенез спричинений дефектом у роботі вже сформованих мозкових систем. Його моделлю є органічна деменція (лат. *dementia* - безумство), для якої характерні важкі розлади емоційно-вольової сфери і пізнавальної діяльності, прогресуюче збіднення змісту життя хворого. На відміну від недорозвинення, ураженою може бути якась одна психічна функція. Тому поряд із елементарними судженнями, які переважають, трапляються також повноцінні узагальнення.

Дефіцитарний (від лат. «deficit» - не вистачає) дезонтогенез пов'язаний з ураженням окремих аналізаторів: зору, слуху, опорно-рухового, мовного апарату, деякими хронічними соматичними захворюваннями. Він постає у вигляді своєрідної психології сліпої, глухої, хворої на важку ваду серця людини. Цей тип дезонтогенезу дає яскраві приклади явища компенсації (від лат. «compensatio» - врівноваження). На рівні організму - це відшкодування одних мозкових систем за рахунок інших. На рівні індивіда - підсилений розвиток певних пізнавальних процесів у сліпих, наприклад, дуже розвинена слухова й рухова пам'ять, у глухих - зорова, пам'ять жестів. На рівні особистості - комплекс неповноцінності - переживання нездатності подолати фізичну ваду, яке спонукає до специфічної - компенсаторної активності. Проте цей комплекс притаманний також психічно здоровим людям. Прикладом дефіцитарного розвитку є сліпоглухонімота, частково компенсувати яку можна лише застосовуючи спеціальну методику.

Дефект	Тип	Модель	Розлади
1	2	3	4
Ранні ураження лобових часток мозку	Недорозвинення	Олігофренія	Стійке і глибоке зниження продуктивності пізнавальної діяльності
Ураження сформованих мозкових систем	Уражений розвиток	Органічна деменція	Важкі розлади емоцій, волі, пізнавальної діяльності
Ураження аналізаторів	Дефіцитарний розвиток	Сліпоглухонімота	Явище компенсації, комплекс неповноцінності
Успадковані ураження організму	Спотворений розвиток	Дитячий аутизм	Неадекватні узагальнення, порушення довільності, неадекватна самосвідомість
Успадковані та набуті ураження організму	Дисгармонійний розвиток	Психопатія	Аномальні властивості темпераменту і характеру, неадекватний рівень домагань, явище декомпенсації

Табл.2. Психічний дизонтогенез (за В.В. Лебединським) [5].

Спотворений дизонтогенез виявляє себе у спадкових, найчастіше психічних, захворюваннях. Моделлю тут може бути дитячий аутизм, ознаками якого є ухилення дитини від контактів із навколишніми, заглибленість у власні переживання, «холодність» емоцій. Мовлення у цьому випадку випереджає розвиток предметних навичок. Дитина схильна до надмірного і нерідко неадекватного узагальнення, має неадекватну самосвідомість, їй важко сконцентрувати увагу, у неї порушується довільність діяльності.

Дисгармонійний дизонтогенез стосується здебільшого емоційно-вольової сфери. Його моделлю може бути психопатія - патологія темпераменту та

характеру, властивості яких зумовлюють соціальну дезадаптацію – розлад стосунків із навколишніми. Кожен варіант психопатії має відмінну картину дезонтогенезу, однак усіх їх об'єднує явище декомпенсації - порушення встановленої в результаті компенсації соціальної адаптації та стабільності вияву в різноманітних ситуаціях. Психопатам притаманні своєрідні цілі, рівень домагань, самооцінка. Зокрема, вони не здатні розрізняти ідеальні і реальні цілі.

Отже, наявність дефекту дає змогу досить чітко окреслити межу, яка відділяє психічну аномалію від психічної норми, однак це ще не є підставою для визначення останньої. Питання про критерії психічної норми - предмет тривалої дискусії, яка засвідчує його складну структуру. Відтак, за статистичним критерієм, нормою можна вважати відповідність певних психологічних особливостей людини тестовим нормам, за соціальним - груповим, філософський критерій орієнтує на ідеали гуманістичної психології.

Як власне психологічний критерій можна розглядати закономірності нормативного психічного розвитку, встановлені в межах системно-діяльнісного підходу. У цьому випадку психічною нормою буде процес закономірного розвитку різнорівневих систем, специфічних і необхідних для певного віку. Відповідно, для ненормативного психічного розвитку характерні відхилення, які виникають за певних умов: біологічних, соціальних або ж власне психологічних.

Серед *нервово-психічних захворювань* можна виділити декілька різновидів захворювань у дітей.

а). По-перше, це розумово відсталі діти. Специфіка порушень стану психічного здоров'я у розумово відсталих дітей характеризується в першу чергу інертністю психічних процесів, тотальним недорозвиненням вищих кіркових функцій і пізнавальної діяльності при вираженому стійкому дефіциті абстрактного мислення, процесів узагальнення і відволікання. Особливості пізнавальної діяльності розумово відсталих дітей характеризуються недиференційованістю процесів сприйняття і уваги,

несформованістю розумових операцій, вузьким об'ємом механічної пам'яті і низьким рівнем мнемічних образів. Розвиток довільності психічних процесів пов'язаний з великими труднощами.

Порушення емоційно-вольової сфери особливо яскраво проявляються у дітей з важким рівнем розумової відсталості. Ці порушення характеризуються наявністю невмотивованих страхів, слабкою критичністю, нездатністю до аналізу власної поведінки і, що найголовніше, дуже низькими соціально-адаптивними можливостями.

У розумово відсталих дітей є досить грубі зміни в умовно-рефлекторній діяльності. Їм також властива незбалансованість у перебігу процесів збудження і гальмування. Все це визначається фізіологічними причинами порушень психічного розвитку розумово відсталих дітей, включаючи не тільки процеси пізнання, а й емоції, волю і особистість.

б). Другим різновидом захворювань у дітей є дитячий церебральний параліч. Порушення при дитячому церебральному паралічі (ДЦП) характеризуються поєднанням тріади розладів: рухових, психічних і мовних, з супутніми порушеннями зору, слуху і розладами сенсомоторної чутливості (І.Ю. Левченко, Є.С. Каліжнюк, Є.М. Мастюкова). Рухові розлади — основний клінічний синдром ДЦП — включають паралічі, парези, порушення координації, формування кісткових деформацій і множинних контрактур. Патологія рухової системи у дітей з ДЦП є одним з найважливіших чинників, які уповільнюють і спотворюють їх психічний розвиток.

Рівень інтелектуальних порушень у дітей з церебральним паралічем різний. Велика кількість дітей, які мають рухові порушення, близька до норми, вони розвиваються з одноліткам. Велика кількість дітей з ДЦП має затримку психічного розвитку внаслідок раннього органічного ураження мозку. У певної кількості дітей інтелектуальне недорозвинення більш різко виражене.

Третя група порушень при дитячому церебральному паралічі - це мовні розлади: частіше різні дизартрії, рідше алалія, а також порушення писемного мовлення — дислексія, дисграфія.

в). *Аутичні діти* формують третій тип нервово-психічних захворювань у дітей. В якості основного симптому у дітей цієї групи розглядається особлива дефіцитарність емоційно-вольової і комунікативно-потребнісної сфер, а саме: сенсоафективна гіперстезія і слабкість енергетичного потенціалу, які проявляються у відсутності або значному зниженні потреби в контактах з навколишнім світом.

г). *Діти із затримкою психічного розвитку*, ускладненою вираженими порушеннями поведінки становлять четвертий тип серед нервово-психічних захворювань у дітей. В останні роки у науково-методичній літературі широко обговорюються питання навчання і виховання дітей даної категорії

д). *До п'ятої групи дітей з нервово-психічними захворюваннями* відносяться діти з вадами мовного розвитку. Особливості розвитку дітей з алалією, афазією, дизартрією, анартрією, заїканням та іншими тяжкими мовними порушеннями є обтяжливими для психіки батьків. Саме порушення мови або її повна відсутність є передумовою до виникнення комунікативного бар'єру, відчуженості і відгородженості у батьківсько-дитячих стосунках. Проблеми мовного розвитку дитини виступають як фактор, який знижує можливості соціального спілкування дитини. Така дитина може розглядатися батьками як та, що має менші соціальні перспективи в майбутньому.

Екзогенні та ендогенні причини порушень психофізичного розвитку

Причиною порушень у розвитку дітей можуть бути як зовнішні (екзогенні), так і внутрішні (ендогенні) фактори.

До внутрішніх факторів належать: спонтанні зміни у генетичному матеріалі, внутрішньоклітинні метаболізми, хвороби, що передаються спадковим шляхом, вроджені вади.

Екзогенні причини порушень. Дані порушення виникають через негативний вплив середовища. Вони можуть бути вродженими чи

набутими. Велику групу порушень викликають несприятливі фактори, які впливають на організм в період розвитку плода. Одним із факторів негативного впливу на організм в утробі матері є радіація. Вагітна жінка, яка отримала великі дози радіації, може народити дитину з різними соматичними і нервовими порушеннями. Вживання алкоголю чи наркотиків, а також хімічних препаратів руйнує формування плода дитини. Велику шкоду наносить нікотин. Жінки, які курять, народжують дітей з ускладненнями під час пологів, з малою вагою, ослаблених. Будь-які захворювання вагітної жінки можуть негативно вплинути на формування плода дитини.

Виділяють такі групи хвороб: паразитарні інфекції, вірусні інфекції, гормональні захворювання, соматичні розлади.

Прикладом паразитарної інфекції є токсоплазмоз, який викликається простими одноклітинними організмами, які живуть в крові домашніх тварин. Потрапляючи у кров, вони викликають ураження головного мозку, зору, слуху дитини. На розвиток плода можуть вплинути грип, кір, гепатит, краснуха, сифіліс і інші інфекції, якими може захворіти жінка в період вагітності. Одним із руйнуючих факторів є резус-конфлікт, який виникає при несумісності, який може спровокувати ушкодження нервової системи, малокрів'я, розпад еритроцитів.

Причиною порушень може бути штучне переривання вагітності-аборт. Попередні аборти негативно впливають на наступну вагітність, викликаючи аномалії плаценти і завчасні роди.

До зовнішніх факторів належать: механічні (поранення, удар), фізичні (дія електроструму, тепла, холоду), хімічні (дія отруйних речовин), біологічні (хвороботворні мікроби, віруси), психічні (переляк, стрес, психотравмуючі фактори), порушення харчування (голодування, нестача вітамінів, переїдання).

Набуті порушення включають різні відхилення в розвитку, викликані родовими і післяродовими порушеннями організму дитини. Провідну роль в даній групі займає асфіксія і внутрішньочерепа травма. До

внутрішньочерепної травми відносять: крововилив у мозок і його оболонки, неправильне розташування плода, вузький таз, щипцові роди, із причин соціального плану на розвиток дитини негативний вплив має емоційна депривація - так званий госпіталізм, характерний для дітей від яких відмовились батьки і які відразу скеровані в будинок дитини. Встановлено, що для повноцінного розвитку емоційної сфери дитині в день необхідно не менше 12 ласкавих тактильних доторків (поглажувань, поцілунків, поплескувань).

Оскільки діти, які потребують психологічної допомоги, часто мають симптоми, які подібні з багатьма станами і можуть потрапити більше ніж в одну групу, то для прийняття діагностичного рішення причини порушень слід розглядати з комплексних позицій, які враховують біологічний, психологічний, соціальний вплив і їх взаємозв'язок.

Біологічний вплив – це особливості протікання вагітності (серйозні захворювання, травми, ускладнення у подружніх відносинах, стреси.

Емоційний вплив – почуття, які переживають діти і які проявляються в їх емоційних реакціях і здібностях керувати ними.

Поведінковий і когнітивний впливи пов'язані з особливостями навчання дитини, відношення до успішності зі сторони батьків, а також інтерпретація дитиною подій, які пов'язані з нею.

Соціальні впливи – це впливи зі сторони сім'ї і навколишнього оточення. Всі діти, а не тільки діти з особливими потребами потребують особливого ставлення до себе. Ці чотири основні положення допомагають практично застосувати теорію до аналізу кожного конкретного випадку поведінкових порушень у дітей.

Розрізняють обмеження дитячої життєдіяльності:

- діти з порушеннями слуху і мови (глухі, слабочуючі, логопати);
- порушенням зору (сліпі, слабозорі);
- порушенням інтелектуального розвитку (розумово відсталі, із затримкою психічного розвитку);
- порушеннями опорно-рухового апарату (ДЦП);

—комплексними порушеннями психофізіологічного розвитку (сліпоглухонімі, ДЦП з розумовою відсталістю та ін.);

—хронічними соматичними захворюваннями;

— психоневрологічними захворюваннями.

Показниками для інвалідності у дітей є патологічні стани, які розвиваються при вроджених, спадкових, набутих захворюваннях та після травм. Питання про встановлення інвалідності розглядаються після проведення діагностичних, лікувальних та реабілітаційних заходів. Рішення про визнання дитини (підлітка) інвалідом в Україні приймають обласні, міські, спеціальні дитячі лікарні та відділення (ортопедо-хірургічне, відновного лікування, отоларингологічне, офтальмологічне, урологічне, неврологічне, психіатричне, туберкульозне тощо). Рішення спеціалістів фіксується у картці стаціонарного хворого, консультативному висновку або витягу з історії хвороби. Консультативний висновок (витяг) видається на руки батькам (опікуну) дитини (підлітка)-інваліда для лікарсько-контрольної комісії (ЛКК) лікувально-профілактичних закладів за місцем проживання дитини. Медичний висновок оформляється ЛКК дитячих лікувально-профілактичних закладів.

Правила реабілітації дітей з обмеженими функціональними можливостями:

1) ставитися до дитини з обмеженими функціональними можливостями як до такої, що вимагає спеціального навчання, виховання та догляду;

2) на основі спеціальних рекомендацій, порад і методик поступово і цілеспрямовано:

— навчати дитину альтернативних способів спілкування;

— навчати основних правил поведінки;

— прищеплювати навички самообслуговування;

— розвивати зорове, слухове, тактильне сприйняття;

— виявляти та розвивати творчі здібності дитини;

3) створювати середовище фізичної та емоційної безпеки:

— позбавлятися небезпечних речей і предметів;

— вилучати предмети, що викликають у дитини страх та інші негативні емоційні реакції;

— не з'ясовувати у присутності дитини стосунки, особливо з приводу її інвалідності та проблем, пов'язаних з нею;

4) рідним та людям, які знаходяться у безпосередньому контакті з дитиною-інвалідом, потрібно:

— сприймати її такою, якою вона є;

— підтримувати і заохочувати до пізнання нового;

— стимулювати до дії через гру;

— більше розмовляти з дитиною, слухати її;

— надавати дитині можливості вибору: в їжі, одязі, іграшках, засобах масової інформації тощо;

— не піддаватися усім примхам і вимогам дитини;

— не вимагати від неї того, чого вона не здатна зробити;

— не боятися кожну хвилину за життя дитини.

Зміст соціально-педагогічної роботи з дітьми та молоддю з обмеженими функціональними можливостями:

1) вивчення соціально-психологічного стану осіб з обмеженою дієздатністю;

2) проведення соціально-педагогічних досліджень особливостей соціалізації дітей-інвалідів з різними типами захворювань;

3) побутова реабілітація дітей-інвалідів (навчання елементам самообслуговування та нормам елементарної поведінки в різних мікросоціумах);

4) проведення психологічного консультування дітей-інвалідів з особистісних проблем;

б) здійснення психолого-педагогічної корекції роботи;

6) організація консультпунктів для родичів молодих інвалідів з юридичних, правових, психолого-педагогічних питань;

7) розвиток потенційних творчих можливостей дітей-інвалідів;

8) формування якостей особистісної самодіяльності засобами

9) організація культурно-дозвільної діяльності дітей-інвалідів через проектування та впровадження різноманітних програм та форм роботи соціальних служб;

10) здійснення профорієнтаційної роботи серед молодих інвалідів;

11) вихід з конкретними пропозиціями щодо поліпшення життя молодих інвалідів у суспільстві;

12) координація роботи з різними соціальними інститутами, що опікуються проблемами дітей-інвалідів у суспільстві.

Класифікація дітей із вадами психофізичного розвитку, види онтогенезу

На сьогоднішньому етапі у дітей часто спостерігаються різні вади психофізичного розвитку, зокрема, гіперкінетичний синдром, дитячий аутизм, олігофренія, дитячий церебральний параліч, затримка психічного розвитку та ін.

Гіперкінетичний синдром виявляється у порушенні рухових функцій, низькій здатності до зосередження уваги, що проявляється як у нетривалій концентрації, так і в підвищеному відволіканні. Прогноз розвитку дітей із даним типом порушення не завжди позитивний, і, хоча підвищена активність із віком зменшується, багато підлітків, як і раніше, продовжують зазнавати серйозних труднощів у сфері соціальних контактів.

Ранній дитячий аутизм (синдром Каннера) – це дуже важкий розлад, який розпочинається з дитинства. У таких дітей спостерігається порушення розвитку соціальних відносин. Це виявляється в тому, що дитина виявляє до всього байдужість і довго нездатна відчувати прив'язаність до батьків. В аутичних дітей нерідко можуть відзначатися порушення зору, слуху, захворювання шкіри, порушення в суглобах і кістках, дисфункції скроневих часток стовбура головного мозку і мозочка.

Олігофренія — це таке порушення розумового розвитку дитини, при якому спостерігається стійке недорозвинення всієї психіки. У таких дітей порушення мозкових систем виникає на ранніх етапах розвитку; у

внутрішньоутробному (пренатальному), постнатальному періоді, а також у перші три роки життя дитини; тобто до повного формування мовлення.

Для затримки психічного розвитку характерні порушення, які виявляються у зниженні психічної витривалості, працездатності і пізнавальної активності, в емоційно-вольових розладах, нестійкості уваги та в недоліках пам'яті, сенсомоторної координації, у той час, як здатність мислити достатньо збережена. Зрозуміло, що порушення всіх названих функцій створює негативні передумови для розвитку мислення, проте своєчасне корекційне втручання дає відчутні позитивні результати: пізнавальна діяльність дитини вирівнюється і наближається до норми. У розумово відсталих дітей відчувається недостатність саме інтегративної функції мозку, що виявляється в недорозвиненості логічного мислення. Ці суттєві відмінності в пізнавальній діяльності дітей із затримкою психічного розвитку і розумово відсталих зумовлюють у них і різні можливості соціальної адаптації. Якщо в перших за сприятливих педагогічних умов вони досить високі, то у других залишаються обмеженими.

Синдром Аспергера. Самостійність даного розладу викликає дискусію. Синдром Аспергера, як і синдром Каннера, характеризуються якісними порушеннями соціальної взаємодії, обмеженими стереотипними формами поведінки й інтересів. На відміну від аутизму, при синдромі Аспергера не спостерігається загального недорозвинення мови або когнітивних функцій, більшість дітей мають нормальний загальний інтелект. Ймовірно, принаймні, деякі випадки синдрому Аспергера нагадують згладжені варіанти синдрому Каннера. Синдром Аспергера поєднує також розлади, які можна оцінювати як аутистичну психопатію або шизоїдний розлад дитячого віку. При проведенні диференційної діагностики синдром Аспергера необхідно диференціювати від шизотипічного розладу, простої шизофренії.

Синдром Дауна - це одне з найпоширеніших генетичних порушень. Частота народження дітей з синдромом Дауна становить приблизно один на 600-800 новонароджених. Одним із провідних симптомів, які

характеризують хворобу Дауна, є зміна у вищій нервовій діяльності у формі розумової відсталості, різних ступенів; від легкої дебільності до повної ідіотії. Найчастіше зниження інтелекту носить характер імбіцильності. Діти з хворобою Дауна тільки в одиничних випадках здатні навчатися у звичайній школі. Навіть у спеціальних школах дитині з хворобою Дауна навчатися дуже важко. Багато з них по декілька разів навчаються в одному класі, а дехто не в змозі просунутися далі 1-2 класу.

Однією з категорій дітей із затримкою психомоторного розвитку є діти, які страждають на *дитячий церебральний параліч (ДЦП)*. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) — збірний термін, який об'єднує групу не прогресуючих неврологічних розладів, які виникають у результаті недорозвинення або пошкодження головного мозку в ранньому онтогенезі.

Характерним для ДЦП є те, що порушення рухової активності в дітей існує, у більшості випадків, з самого народження і тісно пов'язане з сенсорними розладами і характерною при цьому недостатністю відчуття власних рухів. Це своєрідна аномалія моторного розвитку, яка без відповідної корекції негативно впливає на весь хід формування нервово-психічних функцій дитини. Необхідною умовою успішної реабілітації дітей, хворих на ДЦП, є проведення реабілітаційних заходів не курсами, а безперервно, протягом багатьох років для досягнення максимальної компенсації дефекту. Це комплексна робота лікарів, логопедів, психологів, дефектологів, реабілітологів, фізіотерапевтів

Отже, вивчивши психолого-педагогічні характеристики дітей із вадами психофізичного розвитку важливо зазначити те, що саме для цієї категорії дітей надзвичайно важливе місце займає ігрова діяльність, як крок до реабілітації та адаптації в суспільстві.

Методи дослідження психологічних особливостей людини з різними психофізичними порушеннями у спеціальній психології

Спеціальна психологія використовує адаптовані до контингенту досліджуваних методи збирання наукових фактів про психічний розвиток

особистості з психофізичними порушеннями. Діагностика аномального розвитку дитини спрямована на визначення рівня виразності психічної (інтелектуальної, емоційної, мовної) недостатності й на якісну оцінку структури дефекту з виділенням основного психопатологічного синдрому, на встановлення зв'язків його з іншими клінічними проявами, віком, соматичним і неврологічним станом дитини. Діагностика носить комплексний характер, тобто при її проведенні враховуються дані клінічної медицини, дефектології, психології. Всі психодіагностичні методи необхідно проводити з врахуванням структури дефекту дитини та дотримуватися основних принципів. При психодіагностичній роботі з дітьми та дорослими з психофізичними порушеннями треба спиратися на основні методи психології. Вибір того чи іншого методу виходить із завдань дослідження, віку обстежуваних, а також характеру психофізичних порушень.

Поняття про онтогенез, його види

Онтогенез (від грец. онтос — існуюче та генезіс — походження) - це індивідуальний розвиток особи від її зародження до смерті. У різних груп організмів онтогенез має свої особливості, які, зокрема, залежать від способу розмноження. В одноклітинних організмів онтогенез збігається із клітинним циклом.

Онтогенез поділяють на ембріональний та постембріональний періоди.

Ембріональний (зародковий) період - це час, коли новий організм (ембріон) розвивається всередині материнського організму або всередині яйця, насінини тощо. Він завершується народженням (вилупленням, проростанням).

Постембріональний (післязародковий) період триває з моменту народження (виходу із зародкових оболонок, покривів насінини) і триває до моменту набуття організмом здатності до розмноження.

В організмів деяких видів після розмноження настає смерть (комахи-одноденки, лососеві риби — кета, горбуша тощо). В інших організмів

(більшість хребетних тварин, річковий рак, деякі комахи, павукоподібні, молюски, багаторічні рослини тощо) здатність до розмноження зберігається певний час - період статевої зрілості. Після її втрати смерть у таких організмів настає не відразу, а через деякий час (від кількох днів у комах до кількох років і десятків років у великих ссавців, дерев тощо). Цей час називається періодом старіння, коли знижується рівень обміну речовин, відбуваються незворотні зміни в організмі, які, врешті-решт, призводять до смерті. Проблеми старіння у людей вивчає наука геронтологія (від грец. геронтос - дід, старий).

Структура дефекту, його первинні та вторинні ознаки

Дефект (лат. defectus - недолік) – порушення чи пошкодження, яке носить характер серйозного відносно стабільного недоліку, втрата чи відсутність будь-якої функції чи органу.

Види дефектів:

- первинний, зумовлений біологічним фактором
- вторинний виникає під впливом первинного дефекту у процесі наступного аномального розвитку

Л.С.Виготський так писав про співвідношення первинного і вторинного порушень: "Чим далі відстає симптом від першопричини, тим він більше піддається виховному лікувальному впливу... те, що виникало у процесі розвитку дитини як вторинне утворення, може бути профілактично попереджено чи лікувально-психологічно виправлено." (Зб.тв., М., 1983, т. 5, с. 291).

Моделі реабілітації людей з обмеженими можливостями

Сьогодні у світі є декілька моделей реабілітації людей з обмеженими функціональними можливостями, зокрема:

Медична модель, вона визначає інвалідність як медичну патологію. Згідно з цією моделлю людина вважається "в нормі", якщо вона не має за медичними показниками відхилень. Медична модель, яка є в нашій країні, призвела до медикалізації соціальних програм, спрямованих на надання

допомоги особам з обмеженими можливостями, її головний недолік полягає в тому, що всі розроблені програми мають спеціалізований характер. Особливо це помітно в більшості шкіл-інтернатів, коли дитина вилучається із середовища сім'ї і вже не має сімейної підтримки. А це сприяє тому, що дитина ізолюється від суспільства, що відображається на її соціальному статусі.

Соціальна модель передбачає, перш за все, можливість для індивіда соціального функціонування. З цією метою різними державними структурами створюються соціальні служби, розробляються цілеспрямовані спеціалізовані програми, які на практиці служать швидше певними механізмами, ніж засобами соціальної реабілітації та інтеграції людей з обмеженими можливостями у суспільство. Найбільш негативний ефект соціальної моделі інвалідності полягає в тому, що дитина, яка має інвалідність, а також члени її сім'ї стають пасивним об'єктом для патронажу і захисту. Доказом цього є діяльність організованих за останні три роки соціальних центрів, включаючи і дитячі реабілітаційні центри. Створені соціальні служби хоча і стали визначальним кроком вперед порівняно з віджилою системою соціального захисту, проте не вирішують істотного права людини, яка має обмеження, самій вирішувати, приймати рішення, мати варіанти вирішення тієї чи іншої життєвої ситуації. Тому ця модель не може стати базовою для ефективного процесу соціальної реабілітації, оскільки вона розрахована на тимчасовий успіх.

Політична модель орієнтована на те, що діти, які мають функціональні обмеження, розглядаються як меншість, права і свободи яких незаслужено обмежуються, у цьому плані дана модель послужила поштовхом до поширення руху за права людини з обмеженими можливостями, оскільки кожна людина має право на соціальну роль.

Основне положення програм, розроблених на базі політичної моделі, є твердження: людина, яка має обмежені можливості, її сім'я і родичі повинні бути головними експертами з проблем інвалідності і мати пріоритетне

право визначати соціальну політику, яка повинна відображатись на їхніх інтересах.

Модель *"культурного плюралізму"* характеризує інвалідність не як медичну проблему, а як проблему нерівних можливостей. Дана модель розглядає дитину з обмеженими можливостями і проблемами, які постають, з позицій громадянських прав, а не з позицій наявності патології. Вона орієнтується на всі можливості усунення фізичних і психологічних бар'єрів в соціальному середовищі шляхом створення різноманітних соціальних служб, засобів і методів. Саме сфера соціальної роботи, а не медичний аспект є головною, де діти з проблемами в розвитку отримують професійну підтримку, захист, допомогу, саме тут їм створюють всі умови для соціальної адаптації, реабілітації та інтеграції в суспільне життя. Цей підхід цінний тим, що він пропонує альтернативу і можливість вибору, який людина може зробити самостійно при підтримці соціальних служб. До того ж варто наголосити, що критерієм незалежності є не міра її дієздатності і самостійності в умовах відсутності допомоги, а якість життя в умовах надання спеціалізованої допомоги.

Вихідною позицією в українській моделі є *гуманістичний характер* ставлення до дитини з обмеженими можливостями і сім'ї, яка її виховує. Можна говорити, що гуманістичне начало проявилось уже в тому, що в Україні поступово переходять від терміну "дитина-інвалід" до більш гуманного: "дитина з обмеженими функціональними можливостями" або "дитина з особливими потребами".

Другий підхід - *особистісно-діяльнісний підхід до дитини* з обмеженими можливостями, який ставить її в обов'язкову діяльнішу позицію, що не дозволяє їй відчувати себе неповноцінною. Це можливо за умови прояву дитиною власної активності, що має стимулюватися близькими до неї людьми.

Третій - *це соціальне бачення дитини* і всебічне сприяння розкриттю її соціальної сутності, відмова від традиційної медичної моделі інвалідності на користь моделі соціально-педагогічної реабілітації. Таким чином,

закріплюється гуманістична ідея, що проблема дітей з обмеженими функціональними можливостями ні в якому разі не обмежується медичним аспектом, а декларується як соціальна проблема нерівних можливостей.

Соціально-педагогічній реабілітації, як ми уже зазначили, сприяють різні сфери життєдіяльності: *загальний потенціал соціуму* (державна, бізнес, громадський сектор), *сфера зовнішніх умов* вбирає в себе сукупність умов, які враховують можливість, соціальну пристосованість дитини до навколишнього середовища, а також відповідність наданої допомоги вимогам середовища (виховний потенціал соціальних інститутів, сфера потенційної реабілітації (розкриття потенціалу реабілітаційного)), а також сфера специфічної професійної діяльності.

Соціально-педагогічна реабілітація може проводитись вдома, за місцем проживання дитини, в агентствах соціальних служб, в установах денного перебування (спеціальні дошкільні і шкільні установи), в установах тимчасового перебування (школи-інтернати, дитячі будинки, будинки-інтернати тощо). Сфера специфічної професійної діяльності соціального педагога чи соціального працівника уже сьогодні загальновизнана. Єдине, на що варто звернути увагу, - на їхню спеціалізацію при виконанні своїх функцій як професіоналів:

- освітньо-виховна;
- діагностична;
- організаторська;
- прогностична;
- попереджувально-профілактична;
- організаційно-комунікативна;
- охороннозахисна.

У процесі роботи із дітьми з обмеженими функціональними можливостями можна визначити такі основні завдання:

Перший, *організаційний* етап:

- забезпечення всебічної поінформованості про загальні проблеми даної категорії дітей і їхніх сімей;

- вивчення і диференціація проблем дітей з обмеженими можливостями шляхом діагностики соціуму;
- виявлення сутності соціально-педагогічної реабілітації і пошук діючого механізму її проведення шляхом створення спеціалізованих центрів;
- визначення альтернативних варіантів вирішення проблем соціально-педагогічної реабілітації завдяки корисній дії раніше створених соціальних служб.

На другому етапі (прогностичному) ставляться такі завдання:

- прогнозування конкретних результатів при реалізації індивідуальної програми реабілітації;
- проектування і моделювання ефективної діяльності спеціалістів щодо надання допомоги дитині і сім'ї;
- проведення організаційної діагностики діяльності окремих неурядових організацій, місією яких є сприяння духовно-моральному розвитку дітей шляхом залучення їх до загальнолюдських цінностей у процесі соціально-педагогічної роботи;
- вивчення власного потенціалу сім'ї, в якій здійснюється реабілітація дитини з обмеженими можливостями.

На третьому етапі (підтримки і стимуляції) працівники повинні сприяти появі в дитини бажання до активної діяльності з метою вдосконалення власних життєвих функцій. При цьому вирішуються такі завдання:

- розробка і впровадження методик оцінки різних аспектів реабілітаційного процесу із залученням найбільш зацікавлених осіб- членів сім'ї хворої дитини;
- надання психолого-педагогічної допомоги сім'ї шляхом залучення їх до занять з профілактики, корекції, здоров'я, до сімейної терапії;
- активне залучення дитини до посильної роботи у реабілітаційних і юнацьких організаціях, у спільній співпраці, взаємодії з здоровими дітьми;

- підтримка дитячих і молодіжних громадсько-корисних соціальних ініціатив, у процесі яких відбувається соціалізація дитини з обмеженими функціональними можливостями та всіх її членів сім'ї;

- вивчення динаміки процесу, який відбувається, на індивідуальних моделях реабілітованості;

- удосконалення діяльності спеціалістів-професіоналів, активне залучення до роботи волонтерів.

На четвертому етапі - активно реабілітаційному розгортається інтенсивне включення дитини у процес вирішення посильних для неї проблем, розширюються міжособисті контакти, стимулюється певна самостійність у прийнятті рішень, формується позиція активного суб'єкта соціальної діяльності. У реальних умовах всі означені завдання спрямовані на дитину з обмеженими функціональними можливостями, на реалізацію її внутрішнього потенціалу. З цією метою у кожному окремому випадку розробляються спеціальні методики і технології, розраховані на групову та індивідуальну роботу з такою категорією дітей.

Загальні та специфічні закономірності розвитку, навчання і виховання аномальних дітей

Виховання і навчання аномальних дітей - складна соціальна, психологічна та педагогічна проблема. Основною її метою є сприяння у підготовці цих дітей узгідно з їх можливостями до самостійної, активної суспільно-корисної діяльності.

Корекційно-виховному завданню підпорядковані всі форми і види класної та позакласної роботи в процесі формування у школярів загальноосвітніх та трудових знань, умінь і навичок. На ранніх етапах навчання і розвитку ця робота передбачає збагачення уявлень аномальних дітей про навколишню дійсність, формування навичок самообслуговування, довільних рухів та інших видів діяльності.

У розвитку аномальної дитини провідну роль відіграє не первинний дефект, а його вторинні соціальні наслідки, його соціально - психологічна реалізація. Процеси компенсації не в змозі повністю виправити дефект, але

вони допомагають подолати труднощі, що створюються дефектом. Тому особливо важливо соціальне виховання аномальної дитини, засноване на методах соціальної компенсації його природного недоліку. Це означає включення дитини в різноманітні соціальні відносини, активне спілкування, суспільно корисну діяльність на основі компенсаторних можливостей.

Чим швидше починається спеціальний педагогічний вплив, тим краще розвивається процес компенсації. Корекційно-виховна робота, розпочата на ранніх етапах розвитку, попереджає вторинні наслідки порушення органів і сприяє розвитку дитини в сприятливому напрямку.

Реабілітація для дітей з особливими потребами здійснюється за допомогою медичних засобів, спрямованих на усунення або пом'якшення дефектів розвитку, а також спеціального навчання, виховання та професійну підготовку. У процесі реабілітації компенсуються функції, порушені хворобою. Завдання реабілітації вирішуються в системі спеціальних навчальних закладів для різних категорій аномальних дітей, де особливості організації навчального процесу визначаються особливостями аномального розвитку дітей.

Соціальна адаптація передбачає приведення індивідуальної та групової поведінки аномальних дітей у відповідність з системою суспільних норм і цінностей. У аномальних дітей через дефекти розвитку ускладнена взаємодія із соціальним середовищем, знижена здатність до адекватного реагування на зміни, що відбуваються, ускладнюються вимоги. Вони відчують особливі складнощі у досягненні своїх цілей у рамках існуючих норм, що може викликати у них неадекватну реакцію і призвести до відхилень у поведінці.

До завдань навчання і виховання аномальних дітей входить забезпечення адекватних взаємин із суспільством, колективом, усвідомленого виконання соціальних (і тому числі і правових) норм і правил. Соціальна адаптація відкриває аномальним дітям можливість активної участі в суспільно-корисній діяльності. Досвід спеціальних

навчальних закладів показує, що учні цих шкіл здатні опанувати прийняті у нашому суспільстві норми поведінки.

Виховання аномальних дітей має велике значення для загального розвитку дітей, їх спілкування з однолітками і дорослими, формування особистості. Цілі і завдання виховання аномальної дитини визначаються загальними принципами - підготовка до активної суспільно - корисної діяльності, формування громадянських якостей, але реалізуються вони в доступному обсязі методами і засобами, які відповідають рівню та структурі дефекту. У залежності від характеру порушення висуваються спеціальні завдання, які пов'язані з подоланням її наслідків. Виховання аномальної дитини здійснюється в тісному контакті сім'ї та школи, в обстановці взаєморозуміння, взаємодопомоги, розумного поєднання вимогливості і економного (ощадного) режиму.

Виховна робота з аномальною дитиною проводиться з урахуванням її індивідуальних і вікових особливостей, спрямована на формування у неї самостійності, навичок самообслуговування, праці та культури поведінки, вміння жити і працювати в колективі. Виховання аномальної дитини вимагає делікатного, тактовного ставлення навколишніх до її психічного або фізичного недоліку, виключає фіксацію уваги на дефект, який підкреслює її неповноцінність. Важливо виховати у дитини оптимізм і впевненість, сформувати здатність долати труднощі, стимулювати компенсаторні можливості, орієнтувати на позитивні якості і разом з тим розвинути здатність до критичної оцінки своїх дій і вчинків.

Навчання та розвиток аномальних дітей - це цілеспрямований процес передачі і засвоєння знань, умінь і навичок діяльності, основний засіб підготовки до життя і праці. Розвиток аномальної дитини більшою мірою, ніж нормальної, залежить від навчання. Тому за відсутності навчання або його несвоєчасного початку завдається непоправної шкоди розвитку аномальних дітей, гальмується формування їх психічних функцій, поглиблюється відставання від нормальних однолітків; при складних

дефектах можливості розумового розвитку можуть виявитися нереалізованими.

У допоміжній школі, як і в масовій, навчальний процес припускає діалектичну єдність змісту, методів і організаційних форм навчання. Тут використовуються методи і прийоми навчання, прийняті в масовій школі, а також деякі методи і прийоми з інших галузей.

Недоліки розвитку пізнавальної діяльності розумово відсталих учнів, особливо мислення й мови, не дозволяють використовувати такі методи, як шкільна лекція і навчальні дискусії, диспути. Корекційна спрямованість навчання вимагає активного використання не тільки репродуктивних, але і продуктивних методів, які сприяють розвитку аналітико-синтетичної діяльності учнів, переходу їх від наочно-практичних до наочно-образних і словесно-логічних форм мислення.

Нерідко своєрідність того чи іншого методу полягає у специфіці застосованих прийомів. Наприклад, для запам'ятовування букви вчителем використовуються різні прийоми: обведення букв, вирізаних з наждачного паперу, зігнутих з дроту, складання їх з окремих елементів, розфарбовування тощо.

Велике значення має поєднання різних методів. Це буде залежати не тільки від характеру та змісту навчальної дисципліни, дидактичних завдань, підготовленості учнів, але і складу класу. Неоднорідність складу, зумовлена типологічними особливостями школярів, вимагає пошуків різних поєднань методів для успішного навчання всіх учнів. Залежно від характеру навчального матеріалу і особливостей його засвоєння школярами вчитель вибирає ті або інші методи для конкретного уроку. Слід зазначити, що специфіка застосування методів і прийомів найбільш чітко проявляється в процесі викладання кожного навчального предмета.

Закономірності психічного розвитку

Загальні закономірності психічного розвитку існують як в онтогенезі, так і в дизонтогенезі.

1. При більшості порушень розвитку у цілому існує позитивна динаміка зміни психічних процесів. Діти поступово набувають соціальних навичок, формуються навички спілкування. Існують окремі випадки, коли спостерігається регрес або розпад психічних функцій. Прикладом регресу є деменція. Розпад сформованої мови і втрата культурних навичок у дітей з раннім дитячим аутизмом виникає при мутизмі у результаті впливу стресової ситуації.

2. При дизонтогенезі, як і нормальному розвитку, відзначаються вікові кризи. Однак вони мають певну своєрідність. По-перше, виникають пізніше, ніж в онтогенезі. По-друге, виявляються не завжди чітко. По-третє, у дітей з відхиленнями у розвитку у вікових криз є особливі, нетипові характеристики. Наприклад, при вихованні дитини з народження в умовах депривації пізніше виникає криза першого року життя. Зовні вона майже не помітна. Страждає весь підготовчий період до його виникнення. Особливо це проявляється при появі комплексу поживавлення. Він має три варіанти:

1. Не помітний для оточуючих дорослих. Дитина не реагує на їх присутність так, як це відбувається у дітей, які виховуються в умовах сім'ї.

2. Дитина реагує на зовнішні стимули, пов'язані із задоволенням її фізіологічних потреб. Білий халат співвідноситься з відчуттям сухості, пляшечка з молоком - почуттям ситості. При наближенні дорослих дитина замість позитивних емоцій проявляє негативні переживання: кричить, плаче.

3. У дітей з порушеннями у розвитку є сензитивні періоди для формування певних психічних функцій. У ці періоди потрібна особлива зовнішня стимуляція. Наприклад, сензитивний період мовного розвитку триває в онтогенезі до трьох років життя дитини. Розумово відсталі діти починають говорити з 4-х років, використовуючи для спілкування лише окремі слова.

4. Найважливішу роль для розвитку дитини має словесне опосередкування різних видів психічної діяльності. Обговорювання власних дій стає найважливішим корекційним прийомом у навчанні дитини.

5. Існує явна диспропорційність між спонтанним і спрямованим варіантом розвитку у дітей з первинними порушеннями у розвитку. Рання і систематична корекція, облік індивідуальних особливостей дитини сприяють помітному поліпшенню різних видів його діяльності.

6. Модально-специфічні закономірності психічного розвитку. Вони виявляються у дітей з конкретними первинними порушеннями у розвитку:

1) з сенсорною патологією (глухі і слабочуючі, незрячі і слабозорі),

2) з порушенням інтелекту (розумова відсталість і затримка психічного розвитку);

3) з порушенням опорно-рухового апарату (дитячий церебральний параліч),

4) ранній дитячий аутизм,

5) порушення мови у дітей та дорослих (дизартрія, алалія, афазія тощо).

Знання цих закономірностей дозволяє розрізняти між собою усі зазначені вище варіанти первинних порушень у психічному розвитку.

Основні напрямки виховання і навчання дітей з особливими потребами:

- *інтегроване навчання дітей з проблемами психофізичного розвитку в умовах загальноосвітньої школи.* Згідно цієї моделі при загальноосвітній школі організовуються спеціальні класи (класи компенсуючого типу) для дітей з конкретними порушеннями психофізичного розвитку. Навчальний процес здійснюється відокремлено за спеціальними навчальними планами, програмами, підручниками та супроводжується обов'язковими заняттями з корекційного блоку. У вільні від навчання години учні спільно зі здоровими однолітками беруть участь у різних сферах шкільного життя.

Інтегроване виховання (спільне виховання з дітьми з нормальним розвитком) можливе в таких формах:

— комбінована інтеграція (виховання у масових групах одного-двох дітей з наближеним до вікової норми рівнем психофізичного і мовного розвитку, здатних до самообслуговування та психологічно готових до спільного зі здоровими ровесниками навчання);

— часткова інтеграція (діти, які не можуть разом зі здоровими ровесниками оволодіти передбаченим програмою навчальним і виховним матеріалом, перебувають у їхній групі лише частину дня);

— тимчасова інтеграція (дітей із проблемами розвитку об'єднують зі здоровими дітьми один-два рази на місяць для загальних форм виховної роботи).

Інтегроване виховання у будь-якій формі передбачає обов'язкове керівництво психолога і вихователя-дефектолога. Включення неповносправних дітей у групи здорових однолітків потребує ранньої діагностики, спеціального навчання, максимальної корекційної психолого-педагогічної підтримки, допомоги батьків, а також відповідного обладнання, спеціальних засобів реабілітації. Дорослі (батьки, члени сім'ї, педагоги) повинні володіти вичерпною інформацією про стан здоров'я дитини, її психофізичні особливості, темпи і рівень загального розвитку. Педагогічна діагностика має проаналізувати особливості розвитку дитини, визначити її потенційні можливості, задатки та інтереси, які можуть бути використані як основні ланки у розробленні та здійсненні корекційно-розвивальних впливів. Застосування методів діагностики у навчанні і вихованні дітей сприяє своєчасному виявленню труднощів, цілеспрямованому аналізу поведінки і діяльності, встановленню причин відхилень у розвитку, добору засобів корекційних впливів.

- *інклюзивне навчання*, передбачає спільне перебування дітей з різними порушеннями психофізичного розвитку з їхніми здоровими однолітками. Навчальний процес тут здійснюється диференційовано за індивідуальними програмами, посильними для дітей, і за умов кваліфікованої спеціалізованої корекційної допомоги. Тому, крім учителя, у навчальному процесі активну участь бере помічник (асистент) вчителя, який володіє корекційно-компенсаторними технологіями. Він здійснює превентивне і корекційне сприяння та надає психологічні і корекційні послуги. Меншою, ніж у звичайних класах, є наповнюваність учнів.

Залучення різнорівневих моделей навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку у інтегрованому середовищі зовсім не означає, що мережа традиційних спеціальних закладів (спеціальні школи і школи-інтернати) повинна скорочуватись. По-перше, соціально-економічні, культурологічні проблеми багатьох сімей настільки незадовільні, що батьки цих дітей не можуть більш-менш задовільно утримувати їх в умовах сім'ї, не говорячи вже про можливість оплати освітніх послуг дитини на рівні тих, які вона отримує в школі-інтернаті. По-друге, для окремих груп дітей навчання в інтегрованому середовищі мало результативне, а часом і протипоказане (аутичним, з важкими вадами мовлення, з комбінованими порушеннями тощо). Попередньо вони повинні певний час навчатися у спеціальному закладі і отримувати відповідну корекційну допомогу, без якої навчання в загальноосвітньому закладі - мало результативне. Досвід роботи спеціальних шкіл-інтернатів підтверджує їх необхідність як закладів для дітей, які потребують особливої державної допомоги у здобутті освіти і соціально-трудової реабілітації.

Контрольні запитання і завдання

1. Які види порушень в пренатальному періоді розвитку ви знаєте ?
2. Чому вживання алкоголю і наркотиків призводить до порушень у розвитку дітей?
3. Для чого необхідно знати причини порушень у дітей ?
4. Складіть план доповіді для батьків на тему: «Профілактика порушень психічного розвитку дітей».
5. Які основні ефективні моделі реабілітації дітей з особливими потребами вам відомі?
6. Назвіть відомі методи виховання і навчання дітей з проблемами розвитку.
7. Що таке онтогенез? Які його види і у чому їх суть?
8. Яка структура дефекту? У чому суть його первинних та вторинних ознак.
9. Які особливості навчання і виховання дітей з особливими потребами?

10. Охарактеризуйте суть інклюзивного навчання. Назвіть переваги і недоліки цього навчання і виховання.

Список використаної літератури

1. Гудонис В.П. Здоровье как необходимое основание детства // Мир психологии, -М., 2000. - № 1. -С. 109–121.
2. Діти з затримкою психічного розвитку та їх навчання: Навчальний посібник для педагогів і шкільних психологів: [Текст] / Т.Д. Ляшенко, Н.А. Бастун, Т.В.Сак. — К.:ІЗМН, 1997. — 128 с.
3. Дети с нарушениями развития: Хрестоматия: [Текст] / Сост. В.М. Астапов. – М., 1995.- С.34-158.
4. Ковальов В. В. Семіотика й діагностика психічних захворювань у дітей і підлітків: [Текст] / В.В.Ковальов. – М., 1985. —С.48-61.
5. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей: [Текст] / В.В. Лебединский. – М., 1985. –С.33-98.
6. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей: [Текст] / В.И.Лубовский. – М., 1989. —С.87-94.
7. Лубовский В.И. Общие и специфические закономерности развития психики аномальных детей //Дефектология.- 1971. № 6. С. 15–19.
8. Лурия А. Р. Умственно отсталый ребенок:[Текст] / А.Р.Лурия. — М., 1960. —С.67-78.
9. Маслоу А. Мотивація і особистість: [Текст] / А. Маслоу. — СПб., Видавництво Пітер, 2006.- 352 с.
10. М'ясоїд П.А. Загальна психологія: Навч. посіб: [Текст] / П.А.М'ясоїд. – 2-ге вид., допов. – К.: Вища шк., 2001. – 487 с.
- 11.Олпорт Г. Становление личности: Избранные труды / [Пер. с англ. Л. В. Трубицыной и Д. А. Леонтьева]; под общ. ред. Д. А. Леонтьева. М.: Смысл, 2002. —С.46-89.
12. Пожар Л. Патопсихологія:[Текст] / Л.Пожар. — М., 1996. — С. 58-59.
13. Сорокин В.М. Специальная психология: [Текст] / В.М.Сорокин. — СПб. 2003. — С. 118.

Тема 3. Діагностика відхилень у психофізичному розвитку та його моніторинг

План

1. Організація діагностичної роботи в діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій (ПМПК) різних рівнів.
2. Основні завдання і зміст роботи ПМПК
3. Психологічний супровід та основні етапи його здійснення
4. Методи дослідження психологічних особливостей осіб з різними психофізичними порушеннями
5. Принципи та методи діагностики розладів психофізичного розвитку; значення ранньої діагностики для розвитку та соціалізації дитини.

Організація діагностичної роботи в діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій (ПМПК) різних рівнів.

Скерування дітей на діагностичне обстеження до центральної *Центральної психолого-медико-педагогічної консультації* (ПМПК) здійснюється з ініціативи батьків (або осіб, які їх замінюють).

Обстеження дітей здійснюється тільки в присутності батьків або осіб, які їх замінюють. На підставі даних обстеження дитини центральною ПМПК робиться висновок про індивідуальні особливості розвитку дитини та приймається колегіальне рішення про форму організації навчання, виховання та лікування, даються рекомендації щодо їхньої реабілітації та соціально-трудової адаптації.

У випадку, якщо заключний діагноз може бути встановлений лише після тривалого вивчення дитини, центральна ПМПК скеровує її до відповідного навчального закладу на пробне навчання терміном на один навчальний рік, а у випадку потреби - до лікувального закладу.

Батькам або особам, які їх замінюють, видається витяг з протоколу діагностичного засідання центральної ПМПК з діагнозом та

рекомендаціями про форму корекційного навчання дитини. Висновок центральної ПМПК є підставою для скерування дітей до спеціальних дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладів, а також до закладів системи охорони здоров'я, установ та закладів системи праці та соціального захисту населення за згодою батьків або осіб, які їх замінюють, організації відповідних форм навчання.

Діагностичне обстеження дітей здійснюється з ініціативи районних (міських) ПМПК, адміністрації (за поданням фахівців соціально-психологічної служби, педагогічних працівників) загальноосвітніх та дошкільних навчальних закладів, а також за заявами батьків (осіб, які їх замінюють) при наявності таких документів:

- свідоцтва про народження дитини;
- витягу з історії розвитку (хвороби) дитини (медична картка дитини);
- розгорнутої характеристики із загальноосвітнього чи дошкільного навчального закладу, у якому перебуває дитина;
- зошитів з рідної мови, математики (якщо дитина навчається), малюнків;
- результатів попереднього обстеження дитини лікарями (психіатром, отоларингологом, офтальмологом, неврологом), логопедами, практичним психологами, педагогами системи освіти та охорони здоров'я України (Картка стану здоров'я і розвитку дитини).

На основі даних обстеження дитини робиться висновок про характер відхилень у її розвитку, приймається колегіальне рішення про форму організації корекційного навчання, виховання і лікування дитини з урахуванням її психофізичних можливостей та індивідуальних особливостей; при необхідності даються рекомендації щодо реабілітації, соціальної та трудової адаптації дітей. У випадку, якщо остаточний діагноз може бути встановлений лише в процесі навчання, ПМПК дає рекомендацію про скерування дитини до відповідного навчального закладу на пробне навчання терміном на один навчальний рік і стежить за динамікою її розвитку з наступним переглядом попереднього діагнозу.

Основні завдання і зміст роботи ПМПК

1.Провідними завданнями психолого – медико – педагогічної консультації є:

- Виявлення ;
- Облік;
- Діагностичне вивчення дітей віком до 18 років з вадами у психофізичному розвитку;
- Надання корекційно – реабілітаційної допомоги.

2. Найважливішим та відповідальним серед них є:

- Оцінювання потенційних можливостей дитини;
- Визначення адекватних умов навчання, соціальної реабілітації і професійної підготовки.

3. У рамках здійснення своїх повноважень ПМПК проводить;

- Психолого – медико - педагогічне обстеження дітей з метою виявлення особливостей їх розвитку, встановлення діагнозу і визначення адекватних умов навчання та виховання.

- Підтвердження, уточнення і зміну раніше встановленого діагнозу, визначення відповідного типу навчального закладу та доцільності перебування в ньому дитини.

- Своєчасне виявлення і облік дітей з вадами у розвитку різних категорій, які підлягають влаштуванню до спеціальних навчальних або лікувальних закладів для дітей і підлітків (які перебувають на обліку в дитячих медичних установах, а також і постійно невстигаючих учнів загальноосвітніх шкіл).

- Вдосконалення методів діагностики рівня розвитку дітей, адаптацію та впровадження інноваційних методик вивчення дітей.

- Здійснення організаційних функцій та контролю за діяльністю районних, шкільних психолого - медико - педагогічних комісій.

- Створення банку даних про кількість дітей і підлітків з відхиленнями у розвитку, дітей з неблагополучних сімей, справи яких розглядаються службами у справах неповнолітніх.

- Підготовку пропозицій щодо розвитку мережі спеціальних навчальних закладів, підвищення ефективності навчання, виховання, корекційно - відновлювальної і лікувальної роботи з дітьми, які мають відхилення у розвитку.

- Надання консультативної, організаторської і методичної допомоги районним управлінням освіти, районним психолого - медико - педагогічним комісіям, шкільним психолого- медико-педагогічним комісіям (скорочено - шкільна комісія), дошкільним закладам компенсуючого типу та спеціальним школам – інтернатам.

- Організовує просвітницько – пропагандистську роботу з питань психології та дефектології для розвитку ініціативи і творчості серед працівників освіти, охорони здоров'я, батьків та дітей, підготовка та проведення конференцій, семінарів тощо.

- Розглядає діагностично складні і конфліктні випадки для визначення основного порушення на підставі документів, поданих районними психолого – медико – педагогічними комісіями або батьками.

Висновок ПМПК є документом подвійного значення, який:

- З'ясовує рівень розвитку дитини;

- Слугує підставою для скерування дитини в спеціальний загальноосвітній навчальний (дошкільний чи шкільний) заклад системи освіти;

- При встановленні інвалідності – заклад соціального закладу (будинки – інтернати відповідного профілю, реабілітаційні центри), які законодавчо закріплені в законах України „ Про загальну та середню освіту”. Для здійснення консультативно-діагностичної, індивідуально-корекційної, координаційної та методичної роботи до складу міської ПМПК входять:

завідувач ПМПК;

секретар;

консультант-лікар-психоневролог (дитячий);

За потребою залучаються фахівці:

консультант – практичний психолог (фахівець з питань інтелектуального розвитку дитини);

консультант – практичний психолог (фахівець з питань девіантної поведінки);

консультант- учитель-логопед;

консультант - учитель-дефектолог (олігофренопедагог);

консультант - учитель-дефектолог (сурдопедагог);

консультант - учитель-дефектолог (тифлопедагог);

Діагностичне обстеження дітей здійснюється:

з ініціативи адміністрації (за поданням фахівців соціально-психологічної служби, педагогічних працівників) загальноосвітніх та дошкільних навчальних закладів, а також з ініціативи батьків або осіб, які їх замінюють;

тільки в присутності батьків (осіб, які їх замінюють).

Психологічний супровід та основні етапи його здійснення

Психологічний супровід – це система освітньо-виховних технологій та принципів, що спрямована на створення умов для розвитку, прояву та реалізації потенційних можливостей особистості дитини з порушеннями зору. Для здійснення психологічного супроводу у спеціалізованому освітньому навчальному закладі, насамперед, потрібно визначити шляхи його реалізації:

1. Виявлення закономірностей розвитку дітей з порушеннями у розвитку в межах навчально-виховної програми з урахуванням їхніх психофізіологічних особливостей.
2. Створення умов (загальні, навчальні, розвивальні та виховні принципи, освітні технології), спрямованих на забезпечення психологічного здоров'я дітей з психофізичними порушеннями.

Водночас, необхідно дотримуватися *етапів психологічного супроводу*:

I – діагностичний, який надасть можливість отримати необхідну інформацію про особливості розвитку дитини з порушенням, її потенційні можливості, потреби, життєві цінності.

Діагностичний підхід допоможе розв'язати актуальні проблеми, пов'язані з розвитком особистості з обмеженими можливостями здоров'я.

II – прогностичний, який надасть можливості перебудувати освітнє середовище, спроектувати зміст і напрями індивідуальної траєкторії та розвитку дитини з порушеннями, створити сприятливі умови для

задоволення розвивальних потреб дітей цієї категорії, їхнього самопізнання та самореалізації.

III – коректувальний, що забезпечить надання конкретної допомоги, психологічної підтримки дітям в освітньому середовищі.

IV – адаптаційний, який надасть можливість допомоги дітям, вихователям, батькам із питань адаптації щодо навколишнього середовища розвитку та виховання.

Рання діагностика відхилень у психомоторному розвитку дітей важлива для попередження формування його затримки і для ранньої адаптації до звичайних умов життя дітей з проблемами в розвитку. Чим раніше у дитини виявлені особливості розвитку, тим дієвішими будуть засоби психолого-педагогічної корекції, адже чим старшою стає дитина, тим комплекснішими стають недоліки психофізичного розвитку, тим важче вирішити багато проблем. З низки причин об'єктивна оцінка розвитку дітей раннього віку ускладнена. Важливим є те, що оцінка рівня розвитку дитини базується на вивченні величезної кількості сучасної популяції дітей. В основі діагностичного принципу експертної системи – розбиття умінь на елементарні дії і вивчення виконання чи невиконання цих дій дитиною. На відміну від тестів, експертна система нагромаджує і використовує знання експертів, закладені в систему. Це знання про те, що і в якому віці може робити здорова дитина, наскільки вірогідні індивідуальні відмінності у віці освоєння різних дій і знань, а також, які заняття корисні для дитини в тому випадку, якщо вона оволоділа цими діями і ще не оволоділа іншими.

Тобто, отриманий висновок – це той висновок, який видали б фахівці, якщо б вони самі аналізували отримані відповіді. На сьогоднішній день у психологічній діагностиці склалась нелегка ситуація, зумовлена, з одного

боку, значними змінами в сучасній дитячій популяції, а з іншого – недостатністю лише феноменологічного, а також і психометричного підходу до оцінки психічного стану дитини. Ускладнює становище деяка невизначеність і все більше «розмивання» поняття норми, тенденція до більшої детермінації її соціальними умовами. Подібна невизначеність пов'язана й зі збільшенням інновацій в освіті, орієнтацією багатьох освітніх систем на індивідуальний характер розвитку дитини, а також із все більшою «різномірністю» дитячої популяції.

Методи дослідження психологічних особливостей осіб з різними психофізичними порушеннями

Спеціальна психологія використовує адаптовані до контингенту досліджуваних методи збирання наукових фактів про психічний розвиток особистості з психофізичними порушеннями. Діагностика аномального розвитку дитини спрямована на визначення міри вираженості психічної (інтелектуальної, емоційної, мовної) недостатності і на якісну оцінку структури дефекту з виділенням основного психопатологічного синдрому, на встановлення зв'язків його з іншими клінічними проявами, віком, соматичним і неврологічним станом дитини.

Як вказує О. М. Мастюкова та інші вчені, діагностика відхилень розвитку ґрунтується на порівняльному аналізі загальних і специфічних закономірностей психічного розвитку нормальної й аномальної дитини [6]. Діагностика носить комплексний характер, тобто при її проведенні враховуються дані клінічної медицини, дефектології, психології.

Усі психодіагностичні методи необхідно проводити з урахуванням структури дефекту дитини та дотримуватися основних принципів.

Л. С. Виготський, розглядаючи у своїй праці "Основи дефектології" межовий розвиток важкої дитини та її дослідження, виділив ряд принципів [2]:

По-перше, основним принципом при вивченні розумово відсталості дитини вважає положення, що будь-який дефект створює стимули для

компенсації. Тому динамічне вивчення відсталої дитини не може обмежитися встановленням рівня і важливості недоліку, але неодмінно включає облік компенсаторних процесів у розвитку і поведінці дитини.

По-друге, виняткову важливість при вивченні розумово відсталої дитини представляє її моторна сфера. Порушення моторної сфери можуть бути відсутні при розумовій відсталості і, навпаки, бути в наявності при відсутності інтелектуального дефекту. Принцип психокінетичної єдності (Ф. Шульц) у розвитку й поведінці дітей вимагає при вивченні розумово відсталої дитини неодмінно подвійної характеристики (інтелектуальної і моторної).

По-третє, дослідження розумово відсталої дитини повинно ґрунтуватися головним чином на якісному тесті, а не на кількісному визначенні дефекту. Завданням вивчення такої дитини є визначення типу розвитку поведінки, а не кількісного рівня, якого досягли окремі функції. Сам по собі інтелект не представляє чогось єдиного та цілого, а є загальним поняттям для різних якісних типів поведінки, форм діяльності. Число факторів інтелектуальної діяльності росте, разом з ним росте різноманіття дефектів і можливості їх заміщення.

По-четверте, будь-який органічний дефект реалізується в поведінці дитини як соціальне зниження її позиції. Ці вторинно-психологічні утворення (почуття неповноцінності й таке інше) повинні бути враховані при вивченні розумово відсталої дитини. Динаміка дефекту (компенсація, здатність змінюватися) визначається саме його соціально-психологічними ускладненнями.

Принципи дослідження

У межах проведення експериментально-психологічних досліджень С. Я. Рубінштейн виділив наступні принципи [9]:

1. Принцип моделювання звичайної психічної діяльності, що здійснюється людиною у процесі праці, навчання, спілкування. Моделювання полягає у виділенні основних психічних актів і дій людини та організації виконання цих дій у незвичних, штучних умовах.

2. Спрямованість на якісний аналіз психічної діяльності дітей. Тобто суттєво не те, вирішено чи ні завдання та відсоток виконаних завдань, а якісні показники. Ці показники свідчать про засіб виконання завдань, про тип та характер помилок, про відношення дитини до своїх помилок та критичних зауважень експериментатора.

3. Точна та об'єктивна реєстрація фактів експерименту. Реєстрація відбувається завдяки протоколу, в який записують дії дитини, її мовленнєві реакції, а також питання, прямі пояснення, репліки, що підказує експериментатор і таке інше.

З метою раннього виявлення дітей з проблемами в психофізичному розвитку та надання своєчасної допомоги Л.С.Волкова, Н.Е.Граш, А.М. Волков сформулювали принципи, на яких слід опиратися при виборі психодіагностичного інструментарію [3]:

1. Незалежно від мети обстеження перед його початком необхідно отримати дані та матеріали. До них відносять:

- дані про попередні етапи розвитку (психологічний анамнез);
- аналіз інформації, яка отримана від родичів, лікарів, педагогів і інших зацікавлених осіб, про індивідуальні особливості внутрісімейних і соціально-побутових умов, про особливості поведінки в різних ситуаціях;
- дані про стан здоров'я, у тому числі до моменту обстеження.

2. Психодіагностичне обстеження може проводитися з метою:

1) виявлення відхилень у психічному або психофізичному розвитку, які можуть бути причиною психічних захворювань, труднощів навчання, труднощів поведінки й таке інше;

2) контролю за динамікою психічного розвитку й успішністю застосування лікувальних впливів і засобів корекції й компенсації;

3) виявлення особистісних особливостей, що ускладнюють соціальну адаптацію;

4) вирішення питань профорієнтації й профвідбору.

Основні принципи психологічного обстеження дітей з органічними ураженнями мозку розкриває В. І.Козявкін [4]:

- необхідно враховувати характер наявної у дитини клінічної симптоматики, особливо наявність рухових і мовних розладів, які впливають на вибір конкретних, адекватних для даних методик досліджень;
- принципове значення має рівень інтелектуального розвитку у дитини, що найчастіше також визначає підхід до психологічного обстеження;
- необхідно мати достатньо даних про мікросоціальне оточення дитини, особливості системи виховання в родині, проблеми, пов'язані з навчанням;
- практично у будь-якому психологічному тесті, розрахованому на обстеження дітей і підлітків є ряд процедурних вимог, пов'язаних з віком обстежуваних.

При обстеженні психічних функцій завжди важливо враховувати умови виховання дитини, її культурно-побутове довкілля, характер спілкування. Методи обстеження варто обов'язково підбирати з урахуванням дефекту. Так, дітям з мовними порушеннями можна давати завдання за допомогою показу, не вимагаючи від них мовної відповіді. При психодіагностичній роботі з дітьми та дорослими з психофізичними порушеннями потрібно опиратися на основні методи психології. Вибір того чи іншого методу виходить із завдань дослідження, віку обстежуваних, а також характеру психофізичних порушень.

Метод спостереження. Психолог спостерігає за учнем у процесі виконання ним різних видів діяльності: ігрової, навчальної, трудової тощо. На підставі даних спостереження ведеться щоденник, у який вносяться наступні відомості: дата, спостережувані факти, корекційна робота та її результати. Найбільш важливими видами спостереження при психологічному вивченні дитини є спостереження за грою, поведінкою, спілкуванням і станом працездатності дитини. Починаючи обстеження дитини із спостереження за грою, можна привернути дитину до себе і ситуації обстеження, поступово перейти до експериментальних методик.

При психодіагностичному обстеженні велике значення має якісний аналіз особливостей виконання тих або інших завдань: проходження інструкції, можливості самотійного виправлення власних помилок,

відношення дитини до успіху і невдачі, що виникають при вирішенні завдань. Важливими характеристиками є реакції на перехід від простого до складного й навпаки.

На думку багатьох вчених [1; 3;5;6] при вивченні дітей з відхиленнями в розвитку, зокрема дітей, які мають порушення слуху, цей метод набуває ще більшого значення, оскільки через обмеження контакту з випробуванням, яка умовлена втратою слуху, ніякий інший метод не може бути використаний. Предметом спостереження можуть бути зовнішні компоненти діяльності - рухи, переміщення; мовні акти, включаючи особливості лексичного, граматичного й фонетичного складу мови; своєрідність міміки й пантоміміки; зовнішні прояви вегетативних реакцій. При цьому потрібно враховувати, що присутність спостерігача може міняти поведінку дітей, порушуючи її природність. Для того щоб цього не відбулося, можна використати апаратуру (кіно-, відеозйомку), як би замінюючи спостерігача; зробити його присутність звичним.

О. М. Мастюкова [6] звертає увагу на те, що при обстеженні дітей з підвищеною нервовою збудливістю, негативізмом, агресивною або імпульсивною поведінкою входження з ними в контакт може виявитися неможливим. У цих випадках використовується метод спостереження за поведінкою дитини у межах провідної діяльності.

Розкриваючи особливості застосування спостереження при дослідженні психіки сліпих, Є.П.Синьова зазначає [10]: "Екстроспективне спостереження, спрямоване на вивчення життя і діяльності людей, як науковий метод завжди має мету. Дослідник визначає основні питання, які потрібно з'ясувати, і на їх основі складає схему протоколу спостереження, яка заповнюється в процесі або в кінці спостереження. Так, метою може бути вивчення особливостей мимовільної та довільної уваги слабозорих дітей. Дослідника цікавить з'ясування тривалості мимовільної та довільної уваги, її залежність від глибини порушення зору, матеріалу, який пропонується дитині для сприймання, від використання додаткових стимулюючих прийомів у навчальному процесі, вивчення зовнішніх проявів

уваги. Протокол спостереження за слабозорою дитиною буде дещо відрізнятися від такого, за яким вивчається те саме питання стосовно зрячої дитини. Обов'язковим і своєрідним буде врахування питань про глибину порушення зору у дитини, вік, в якому воно настало, якість бачення при певному очному захворюванні, використання компенсаторних функцій збережених аналізаторів".

2. *Метод опитування.* Бесіда – метод збору інформації про психічні явища у процесі особистісного спілкування за спеціально складеною програмою. При вивченні дітей метод бесіди використовується в двох напрямках: бесіда з батьками (вчителями, вихователями) з метою збору анамнестичних даних і бесіда з дитиною з метою встановлення контакту з нею і складання спільного уявлення про її розвиток. Це початковий етап знайомства, від якого залежить встановлення контакту з дитиною і дуже важливий метод, тому що багато дітей з відхиленнями в розвитку мають негативний досвід спілкування з дорослими.

При проведенні бесіди необхідно чітко поставити мету і чіткість намічених запитань. Бесіда повинна носити характер безпосереднього спілкування з дитиною. За допомогою бесіди можна виявити знання дитини про навколишню дійсність, а також особливості її орієнтування в просторі, часі, явищах природи і громадському житті. У процесі бесіди психолог дізнається про схильності, інтереси, потреби дитини, про її взаємини з однолітками та дорослими.

На початку знайомства з дитиною зручно починати бесіду із простих ділових запитань ("Як твоє ім'я? Скільки тобі років? З ким ти дружиш?"). Такий підхід, звичайно, заспокоює дитину і в результаті вона швидко вступає в контакт із експериментатором.

Бесіди з батьками дитини можуть дати важливий діагностичний матеріал про становище в родині, про умови та тип виховання, про взаємини з батьками, однолітками і дорослими. Застосовувати метод бесіди необхідно з урахуванням особливостей формування мови дитини. Так, наприклад, більшість дітей з психофізичними вадами мають грубі порушення

звукосимволу і недорозвинення лексико-граматичної сторони мови, тому при проведенні бесіди необхідно враховувати індивідуальні особливості дитини, рівень її мовного і інтелектуального розвитку. Можливості використання, при вивченні осіб з порушеннями слуху, методів бесіди і анкетування обмежені, оскільки ці методи пов'язані з отриманням інформації на основі словесного - усного або письмового - спілкування. Однак у дітей, які мають порушення слуху, метод бесіди дозволяє судити про рівень розвитку усного мовлення і про її особливості. З віком і підвищенням рівня розвитку мови стає можливим і більше широке використання методу бесіди.

3. *Катамнестичний метод.* Катамнез - сукупність даних про хворого, які збирають протягом тривалого часу. При складанні катамнезу звертається увага на аналіз клінічної картини історії хвороби, на міру дефекту, його якісну своєрідність, на динаміку розвитку дитини в процесі навчання, на її поведінку і спілкування. Шляхом бесіди з їх рідними і близькими з'ясовуються інтереси, схильності, взаємини в родині. *Катамнестичний метод* використовується для вивчення особливостей психіки дітей і після закінчення ними допоміжної школи. Так збираються, наприклад, дані про динаміку подальшого розвитку особистості, про працевлаштування, про професійну придатність, про поведінку на роботі, про участь у суспільному житті. Джерелом цих знань стають бесіди зі співробітниками по роботі або письмові характеристики з виробництва.

Дані збираються багатьма фахівцями і дозволяють більш точно встановити діагноз і прогноз розвитку. Вони дають інформацію про те, коли у дитини розвилася мовлення, коли вона почала ходити, самостійно обслуговувати себе тощо. Все це має велике значення для подальшої корекційної роботи з дітьми. Наприклад, пізнє виникнення ходи позбавляє дитину можливості вчасно довідатися багато чого про навколишній світ, позбавляє її самостійності, робить її залежним від дорослих. Досвідчений дослідник може виявити наявність певних дефектів у розвитку дитини вже зі слів батьків про поведінку дитини у родині. Ознайомлення психолога з

тим запасом життєвого досвіду, з яким приходить дитина на дослідження, дає можливість краще зрозуміти роль наявного дефекту у всьому попередньому розвитку дитини.

4. *Метод експерименту* передбачає збір фактів у спеціально змодельованих умовах, які забезпечують активний прояв явищ, які вивчаються. Він може бути застосований для вивчення різних видів діяльності дітей, виявлення особливостей розвитку їх особистості і можливостей навчання. При проведенні експерименту дітям пропонується за певною інструкцією виконати завдання, яке є моделлю звичайною інтелектуальною або будь-яким іншим видом діяльності. Метод експерименту, як і всі інші методи, покликаний забезпечити виявлення і негативних, і позитивних можливостей дитини, крім того, забезпечити отримання даних про дитину.

Тому у ході вивчення дитини особливе значення має повчальний експеримент. Принцип повчального експерименту полягає в наступному: при проведенні експерименту обираються свідомо важкі для дитини завдання, а потім експериментатор навчає дитину вирішувати задачі. Допомога експериментатора строго регламентується у вигляді фіксованих інструкцій – коротких «уроків». Як показник навчання враховується:

- кількість і якість допомоги, необхідної для правильного виконання завдання (процес формування навички);
- можливість і якість словесного звіту дитини про виконану роботу;
- можливість перенесення отриманих навичок на нові умови.

Міра допомоги пов'язана із зміною рівня складності пропонованих дитині завдань. Враховуючи це, кожне з експериментальних завдань повинно бути представлене як завдання з декількома рівнями складності. Поняття «міра складності» включає:

- характеристику об'єму матеріалу, з яким діє дитина під час виконання завдання;
- рівень участі експериментатора у роз'ясненні дитині способу виконання завдання;

– види допомоги, які можуть бути запропоновані дитині у процесі виконання завдання (допомога стимулююча, організуюча, роз'яснююча, наочно-дієва, конкретна).

Допомогою є стимуляція до дії (подумай, постарайся зробити, у тебе вийде); роз'яснення суті дії (наприклад, при класифікації: сюди відкладатимемо всі жовті, а сюди червоні кружечки); введення наочності при показі шляхів вирішення (експериментатор викладає перед дитиною деталі, необхідні для заданої конструкції, і зачинає конструювання, пропонуючи дитині продовжити дію); демонстрація зразка (конкретна допомога) – виконання завдання з подальшою репродукцією дитям (наприклад, експериментатор склав розрізну картинку, показав результат дитяті, розібрав конструкцію і запропонував дитині зробити те ж саме).

На думку багатьох вчених [1; 2: 5: 7] втручання з боку експериментатора може носити характер перепитування, повторення завдання (це допомагає дитині уточнити власні думки), схвалення (добре, молодець, далі), питань ("Чому ти так зробив?") або критичних заперечень, підказки, поради виконувати тим чи іншим способом, демонстрації, прохання працювати самостійно. Експериментатору не слід бути багатослівним і надмірно активним, його втручання в ході експерименту повинне бути стриманим і обережним.

При організації психологічних експериментів з дітьми, які мають порушення слуху, варто враховувати кілька важливих моментів. Необхідно забезпечити адекватне розуміння інструкції, тому що дитина може не зрозуміти або зрозуміти неправильно пред'явлену їй словесну інструкцію. Щоб цього не було, при поясненні інструкції можна використати жестову мову. Для пояснення інструкції можна використовувати наочність, звертаючи особливу увагу на те, щоб в них не містилося підказки. Ряд вчених [1; 2; 8] радять при проведенні експерименту із глухими дітьми використовувати попереднє завдання - відносно більше легке, але по суті таке ж, як основне. Тільки після того, як дитина правильно виконає попереднє завдання, можна приступати до основного.

У процесі роботи виділяються наступні етапи навчального експерименту:

1. Вступ дітей в ситуацію експерименту.
2. Повідомлення змісту завдання (інструкція).
3. Спостереження за діяльністю дітей при виконанні завдання (вирішення завдання) і надання дозованої допомоги.
4. Оцінка результатів діяльності дітей.

При оцінці результатів діяльності фіксується і аналізується ухвалення завдання дітям, розуміння ним інструкції, можливість самостійного виконання завдання і можливість корекції помилок (контроль за діяльністю), чинники, які впливають на зміну результатів роботи.

5. *Метод тестування.* При обстеженні широко використовуються проєктивні тести, які дозволяють підійти до розуміння агресивності, страхів, негативізму дитини.

Використання проєктивних тестів із візуальним стимульним матеріалом можливе в роботі зі слабозорими і передбачає як створення умов для малювання, так і спеціального підходу до оцінювання малюнка. У цьому випадку тифлопсихолог обов'язково повинен володіти знаннями про особливості уявлень та образотворчої діяльності слабозорих дітей, враховувати пояснення дитини під час малювання.

Для тестування глухих створюються так звані шкали дії та невербальні тести. Шкали дії зводяться до операцій із предметами. Невербальні тести часто не вимагають словесного спілкування експериментатора з випробуваним, інструкції до них даються у формі показу або жестами без участі усної або письмової мови.

Вагомого значення набуває дослідження особливостей спілкування школярів із певними функціональними порушеннями організму, наприклад із фізичними вадами, які виражаються у порушеннях опорно-рухового апарату.

6. *Метод аналізу продуктів діяльності.* Одним з допоміжних методів є вивчення продуктів діяльності дитини (письмові роботи, малюнки,

ліплення, аплікації тощо). У поєднанні із психолого-педагогічною характеристикою учня, показниками його успішності цей метод дозволяє встановити характер і причини ускладнень у навчанні, намітити заходи щодо підвищення успішності та у подальшій корекційній роботі опиратися на позитивні якості особистості і діяльність учня.

Аналіз продуктів діяльності дозволяє простежити і виділити ускладнення і помилки, способи подолання труднощів, провести їхнє співвідношення на кінцевому й проміжному етапах діяльності.

Метод вивчення продуктів діяльності має обмежене застосування. Якщо при нормальному розвитку на підставі малюнків дитини можна зробити припущення про рівень сформованості просторових уявлень, про багатство й правильність уявлень про навколишній світ, про міру сформованості всіх психічних функцій, про емоційний фон, особливості особистості, то в умовах важкої рухової патології діагностична цінність таких методик знижується. Малюнок дитини із ДЦП може бути примітивним, непропорційним, одноколірним, однак це ще не свідчить про бідність уявлень, це може бути лише підтвердженням моторних труднощів, які не дозволяють дитині графічно реалізувати творчий задум і різноманіття навколишнього світу. У силу цього проєктивні методики необхідно використати стосовно дітей з руховою патологією з великою обережністю. Необхідно уникати прямого переносу результатів продуктивних видів діяльності у дитини із ДЦП у сферу інтелектуальну, пізнавальну, особистісну.

Таким чином, однією з найважливіших умов ефективної психодіагностики в роботі з дітьми з психофізичними вадами є опора на їх провідну діяльність та рівень "нормального" розвитку дитини без психофізичних порушень.

Контрольні запитання і завдання.

1. Яка роль і функції ПМПК. Назвіть основних фахівців, які повинні бути членами ПМПК.
2. Які принципи побудови психологічних досліджень.

3. Розкрийте основні етапи психодіагностики дітей з проблемами розвитку. Яка роль діагностичного етапу дослідження в отриманні кінцевого результату?

4. Які особливості використання методу спостереження? Назвіть його переваги і недоліки.

5. У яких умовах і при діагностиці яких захворювань можна використовувати метод тестів.

6. Охарактеризуйте додаткові методи дослідження. Яка їх роль у діагностиці дітей з проблемами розвитку?

7. Які ви знаєте види спостереження? У чому переваги і недоліки кожного виду?

Список використаних джерел

1. Богданова Т.Г. Сурдопсихология [Текст] / Т. Г. Богданова. – М.: Академия, 2002. –С.54-67.
2. Выготский Л.С. Проблемы дефектологии [Текст] / Л.С.Выготский. — М.: Просвещение, 1995. С. 115-116.
3. Волкова Л.С. Некоторые проблемы интегрированного обучения на современном этапе [Текст] / Л.С.Волкова, Н.Е.Граш, А.М. Волков // Дефектология. – М., 2002. № 3. –С. 3.
4. Козьявкин В.И. Основы клинической реабилитационной диагностики [Текст] / В.И.Козьявкин. – К.,1999. – С.14-35.
5. Малофеев М.М. Перспективы развития в учебных заведений для детей с особыми образовательными потребностями [Текст] / М.М. Малофеев. – М., 2001.-289с.
6. Мастюкова Є. М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст: Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии [Текст] / Є.М.Мастюкова. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997 — 304 с.
7. Мэш Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка[Текст] / Э .Мэш, Д.Вольф. – СПб., 2003.-342с.

8. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития [Текст] /Сост. и общ. ред. В.М Астапова, Ю.В. Микадзе. – СПб.: Питер, 2001.-С.56-75.
9. Рубинштейн А. Литературное наследие [Текст] /А.Рубинштейн.-тт. 1-3. М., 1983—1986.
10. Синьова Є.П. Тифлопсихологія. Психологічні особливості людей з глибокими порушеннями зору [Текст] / Є.П. Синьова— К., 2008. — 365 с.
11. Фельдштейн Д.И. Детство как социально-психологический феномен и особое состояние развития[Текст] / Д.И Фельдштейн. – М., 2000. —289 с.

Розділ II. Психологічні особливості навчання і виховання дітей з дефіцитарним психічним розвитком

Тема 2. 1. Особливості розвитку, навчання та виховання особистості при глибоких порушеннях слуху

План

1. Класифікація осіб із вадами слуху. Причини порушень слуху. Основні групи дітей.
2. Класифікація порушень слуху:
 - а) глухота;
 - б) приглухуватість
3. Закономірності психічного розвитку та навчально-пізнавальної діяльності глухих і слабочуючих дітей.
4. Складні форми порушень у глухих дітей
5. Роль психолога у розвитку слухового сприймання та розвитку мовлення учнів з вадами слуху.
6. Соціально-психологічні особливості людини з порушеннями слуху

Класифікація осіб із вадами слуху. Причини порушень слуху.

Слух відіграє надзвичайно важливу роль у житті і діяльності людини.

Слухом називається здатність організму сприймати й диференціювати звукові коливання за допомогою слухового аналізатора. Втрата слуху, навіть часткова, створює бар'єр між людиною і суспільством, ускладнює оволодіння знаннями і спеціальністю, обмежує трудову і суспільну діяльність, затримує розвиток особистості. Відсутність слуху серйозно обмежує й естетичне виховання особистості, адже людина позбавляється можливості нормально сприймати музику.

Причини порушення слуху:

1. Вроджені: токсикоз вагітності, вірусна інфекція матері, травматичні пошкодження плоду, вроджена деформація слухових кісточок, недорозвиток слухового нерву, аклюзія (недорозвинення внутрішнього

вуха), відсутність барабанної перетинки, атрезія (зарощування зовнішнього слухового проходу) і таке інше.

2. Набуті (до трьох років): різні захворювання - менінгіт, енцефаліт, пневмонія, свинка, запальні захворювання носа і носоглотки, неврит слухового нерва, грип та його ускладнення; механічні травми голови - забиті місця, удари, впливи зверхсильних звукових подразників. У інвалідів з порушенням слуху і мови можливі наступні порушення основних функцій організму: порушення психічних функцій (сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, мови, емоцій, волі); порушення статодінамічних функцій; порушення сенсорних функцій (тобто слуху).

Інвалідам з порушенням функцій слуху найбільш значущим є обмеження здібності до спілкування. Здібність до спілкування - здібність до встановлення контактів між людьми шляхом сприйняття, переробки і передачі інформації. Спілкування здійснюється за рахунок засобів комунікації.

Основою класифікації є наступні критерії:

- міра втрати слуху,
- час втрати слуху,
- рівень розвитку мови (Р. М. Боскіс) [2].

Основні групи дітей

Відповідно до попередніх критеріїв виділяють наступні групи дітей:

1. Глухі (ті, які нечують). До них відносять дітей з рівнем втрати слуху, що позбавляє їх можливості природно сприймати мову і самостійно засвоювати її. Серед них виділяють:

- ті, які рано оглухли. У цю групу входять діти, які народилися з порушенням слухом або втратили слух до початку мовного розвитку або на ранніх його етапах. Звичайно зберігаються залишки слуху, які дозволяють сприймати сильно різкі звуки;

- ті, які пізно оглухли. Це діти, у яких певною мірою збереглася мова, вони втратили слух у тому віці, коли вона вже була сформована. Головним

завданням у роботі з ними є закріплення уже наявних мовних навичок, збереження мови від розпаду й навчання читанню з губ.

Основні причини:

1) неправильний розвиток слухового органу у період вагітності матері (вплив спадкового чинника);

2) несприятливі умови розвитку плоду в результаті дії шкідливих чинників у період вагітності матері: перенесені інфекційні захворювання — грип, кір, травми тощо; вживання матір'ю алкоголю; лікування стрептоміцином і іншими лікарськими препаратами; травма плоду в перші місяці вагітності.

Набута глухота найчастіше є результатом запальних процесів у внутрішньому вусі і слуховому нерві при різних захворюваннях: менінгіті, кірі, скарлатині, грипі.

Залежно від часу виникнення розрізняють ранню глухоту, що виникла в період передмовного розвитку, і пізню, таку, що наступила, коли у дитини мова вже сформувалася.

2. Приглухуватість (туговухість) (ті, що погано чують). Це діти із частковою слуховою недостатністю, яка ускладнює мовний розвиток, але зі здатністю до самостійного нагромадження мовного запасу за допомогою залишкового слуху. Тугоухість – це порушення слуху, яке ускладнює мовленнєве спілкування людей у побуті, на виробництві та у суспільному житті; порушення слуху, яке зумовлює приглухуватість, може коливатися від незначного його зниження до майже повної втрати, що межує з глухотою. Якщо при глухоті сприйняття мови різко обмежене, то при приглухуватості в спеціально створених умовах (посилення голосу, використання спеціальної звукопідсилюючої апаратури тощо) можливості сприйняття мови зростають.

Термін "глухий" застосовується тільки до тих, хто не сприймає ніякі звуки. У людей, які страждають глухотою з дитинства, мова не розвивається і як наслідок - глухонімота.

Причини виникнення приглухуватості різноманітні.

Погіршення слуху наступає:

1) як результат гострого або хронічного запалення середнього вуха: відбуваються патологічні зміни в середньому вусі — прорив барабанної перетинки, рубці, зрощення, що приводить до порушення рухливості барабанної перетинки і ланцюга слухових кісточок;

2) як результат хронічних захворювань носа і носоглотки (наприклад, аденоїдні розрощування); при цьому порушується прохідність євстахієвої труби;

3) як результат перенесених інфекційних захворювань (скарлатини, грипу, кору);

4) як результат вроджених аномалій органів слуху в ембріональному періоді.

Приглухуватість може бути виражена в різній мірі — від незначного порушення сприйняття шепітної мови до різкого обмеження можливості сприйняття мови розмовної гучності.

Існує декілька класифікацій порушень слуху. Серед них найбільш поширеними є класифікації Б.С. Преображенського і Л. У. Неймана [8].

Згідно першої класифікації виділяються чотири рівні зниження слуху: легка, помірна, значна, важка — залежно від відстані, на якій сприймається розмовна і шепітна мова. Діапазон сприйняття при цьому значний. Так, при легкому рівні зниження слуху шепітна мова може сприйматися на відстані від 3 до 6 м, при важкому рівні — на відстані від 0 до 0,5 м.

Богданова [1] виділяє три рівні приглухуватості, враховуючи не тільки відстань, на якій сприймається мова, але і стан мови.

Заслуга М. Боскіс [2] полягає в тому, що серед дітей з порушеннями слуху вона виділила слабчуючих, які заслуговують особливого психолого-педагогічного підходу. Головна відмінна риса цих дітей від глухих полягає в тому, що вони самостійно, хоч і в недостатній мірі, засвоюють усну мову.

Р. М. Боскіс, Р. Коровіним в 50—60-ті рр. XX в. була розроблена система спеціального навчання слабчуючих дітей усної і письмової мови [2].

Було передбачено два відділення при навчанні:

I відділення — для дітей, які мають відносно невеликі порушення слуху і фразову мову з помилками вимови її розуміння;

II відділення — для дітей з важчим порушенням слуху і лише з елементарною мовою. Дещо пізніше була створена система спеціального виховання для слабочуючих дошкільників (Б. Д. Корсунською тощо).

Велика частина дітей з приглухуватістю другого рівня погано розрізняють розмовну мову на відстані 2—3 м у звичайній життєвій ситуації. Важливо відзначити, що будь-який усний вислів і навіть окремо вимовлене слово — різногучне (М.І.Жинкін). Наприклад, у слові «магазин» з середньою гучністю звучить перший склад «ма», потім достатньо голосно — другий склад «га» і всього тихіше — третій склад «зин», хоча він і наголошений. Тому дитина з порушеним слухом може сприйняти склад «га», а решту частини слова не почути; при ближчій і чіткішій вимові вона може почути «мага» або навіть все слово. Окрім цього, мова варіює по висоті складових її звуків, тому більш високочастотні звуки (вище 1000 Гц і більш), що входять до складу окремого слова або цілого вислову, можуть і не відчуватися. У первинний період оволодіння мовою, якщо дитині не виявляється спеціальна сурдопедагогічеська допомога, він самостійно опановує осколками слів і словами, сильно спотвореними по звукобуквенному складу.

Невипадково Корсунська [6] рекомендувала використовувати дактологію при навчанні мови не тільки глухих, але і слабочуючих, оскільки за допомогою ручної азбуки діти можуть правильно сприймати і запам'ятовувати склад слова. Дуже повільно, навіть в умовах спеціального навчання, йде збагачення словникового запасу у слабочуючих дітей. Найуспішніше запам'ятовуються словесні позначення людей, які оточують дитину, домашніх тварин, назви основних предметів меблів, посуду, улюбленої їжі, деяких частин квартири: вікно, двері; значно важче діти опановують назвами дій, навіть найпоширеніших, назвами квітів, окремих частин і ознак предметів.

У міру того, як діти опановують доступну їх віку лексику і у них формується проста фразова мова, виникають нові труднощі. Діти важко засвоюють таку особливість слова, як багатозначність, наприклад «важка валіза» і «важка вдача», важко розуміють, що однокорінні слова пов'язані спільністю значення. У мові слабочуючих дітей не відразу з'являються слова з префіксами і суфіксами, дітям важко зрозуміти їх значення, вони лише поступово розуміють, що кожне слово несе в собі той або інший рівень узагальнення, що, наприклад, слово меблі має більш загальний сенс, тоді як слова диван, ліжка, стіл, стілець, табуретка — більш конкретне значення.

Для психічного розвитку слабчуючої дитини дуже важливо, як вона сприймає мову на слух. Якщо через ті або інші захворювання слух дитини погіршується, це негативно позначається на її психічному стані. Сприятливі умови розвитку створюються, коли проводиться спеціальна сурдопедагогічна робота з вдосконалення слуху з використанням загальної і індивідуальної звукопідсилюючої апаратури. Розвиток наочних форм пізнавальної діяльності протікає у слабчуючої дитини успішніше, ніж розвиток мови і словесно-логічного мислення. Проте, чим складнішими стають наочні завдання, які слід вирішувати дитині, тим більших труднощів вона починає зазнавати при їх вирішенні і відставати в навчанні. При підборі, наприклад, малюнків за тотожністю у наочних завданнях, матриця Равена, слабчучі діти, які навчаються в школі, виконують ці завдання так успішно, як і ті, якічують. Вони не зазнають великих труднощів, так само як і ті, щочують, при доповненні малюнка до цілого за принципом центральної симетрії.

Якщо у слабчучих дітей, починаючи з молодшого шкільного віку, в умовах спеціального навчання здійснюється всебічний розвиток словесної мови і всіх пізнавальних процесів в їх єдності, то поступово до середнього і тим більше до старшого шкільного віку їх психічний розвиток наближається до нормального.

У загальному психічний компенсаторний розвиток слабчуючих дітей і підлітків в умовах спеціального навчання дозволяє їм здобути освіту в обсязі повної середньої школи, деяким — вищу освіту, а головне — стати корисними членами суспільства і здійснювати високопродуктивну трудову діяльність.

У глухих нерідко спостерігається порушення вестибулярного апарату. Воно частіше зустрічається у дітей з набутими порушенням слуху, ніж із спадковою формою глухоти. Важкий запальний процес, який охоплює середнє і внутрішнє вухо дитини, розповсюджується і на ті, що знаходяться в безпосередній близькості (півкруглі канали — складові частини вестибулярного апарату). У результаті можуть виникати незворотні зміни в будові і функціях обох систем. Таке явище спостерігається при важких отитах, які викликані інфекціями (грипом, скарлатиною, кором і ін.).

Завдяки діяльності вестибулярного апарату людина сприймає зміни швидкості руху власного тіла і всі зміни напряму руху. У міру того як маленька дитина опановує велику кількість різних рухів (навчається піднімати руки, голову, власне тіло, повзати, ходити, стрибати тощо), у неї формуються статичні і статокінетичні рефлексивні на основі певних сигналів від вестибулярного апарату. Завдяки діяльності вестибулярного апарату у людини формується вміння зберігати рівновагу при різних рухах тіла в просторі.

Не менш важлива роль вестибулярного апарату у формуванні умінь орієнтуватися в просторі, оскільки він враховує всі зміни у напрямі рухів. Глухі діти, які мають з народження або з раннього дитинства порушення вестибулярного апарату, помітно пізніше, ніж інші діти, опановують ходьбу. Потім вони починають ходити, майже не відриваючи ніг від землі, ковзаючи по підлозі, проводячи багато додаткових рухів, які допомагають їм утримувати вертикальне положення тіла. Поступово їх хода вирівнюється в результаті вироблення компенсуючих статокінетичних рефлексів, які виникають завдяки зоровому сприйняттю власного руху і м'язових відчуттів від цих рухів.

Труднощі виникають у дітей при виробленні нових рухів — умінь стрибати, бігати, стояти на одній нозі, стояти і рухатися із закритими очима. У глухих дітей з порушенням вестибулярного апарату спостерігаються великі труднощі в орієнтуванні спочатку в близькому просторі (кімнаті, квартирі, будинку, де вони живуть), а потім і в ближчому і дальшому (у районі міста або селища, в лісі, при зануренні у воду).

Факт порушення вестибулярного апарату у дітей необхідно встановлювати з раннього дитинства. У лікарів-отоларингологів є для цього спеціальні засоби. Порушення вестибулярного апарату у дітей необхідно враховувати у всіх видах виховного і учбового процесу, при виконанні дітьми будь-яких рухів в просторі, особливо при заняттях фізкультурою і спортом, лікувальною фізкультурою, і при навчанні дітей різним трудовим операціям. Спеціально організовані заняття, спрямовані на розвиток у дітей навичок кінетичного і зорового контролю за своїми діями, дозволяють значно компенсувати у них недоліки рухів. Навчання глухих умінню орієнтуватися в просторі є одним з багатьох завдань всього навчально-виховного процесу.

Закономірності психічного розвитку та навчально-пізнавальної діяльності глухих і слабочуючих дітей

У психічному розвитку дітей з порушенням слухом виділяють такі характерні *закономірності* (за Соловйовим) [10]:

1. Перша з них полягає в тому, що через порушення слуху обсяг зовнішніх впливів на глуху дитину обмежений, взаємодія із середовищем збіднена, спілкування з оточуючими людьми ускладнено, водночас необхідною умовою успішного психічного розвитку будь-якої дитини є значне зростання кількості, розмаїтості і складності зовнішніх впливів. Внаслідок цього обмеження психічна діяльність такої дитини спрощується, реакції на зовнішні впливи стають менш складними і різноманітними, система міжфункціональної взаємодії змінена. Спостерігається нерозмірність у розвитку наочно-образного і словесно-логічного мислення

(превалює перше); письмова мова в обох формах - імпресивній (читання) і експресивній (письмо) – переважає над усною.

2. Друга закономірність - відмінності у темпі психічного розвитку в дітей з порушеннями слуху у порівнянні з дітьми, які нормальночують. Науковий шлях психічного розвитку дитини з порушеним слухом представлений у такий спосіб: розходження в психічній діяльності між дитиною, яка чує і глухою дитиною, незначні на початкових етапах онтогенезу, потім зростають протягом наступного часу. Так відбувається до певного етапу, коли внаслідок систематичного сурдопедагогічного впливу розходження перестають наростати і навіть зменшуються. Чим кращі умови, тим швидше й значніше зближується розвиток дитини з порушеним слухом з розвитком дитини, яка нормально чує.

Відчуваючи потребу у спілкуванні з навколишніми, глухі користуються міміко-жестикулярною мовою, тобто своєрідним засобом передачі інформації. Як певна база для розвитку мислення і засіб спілкування, міміко-жестикулярна мова не може повністю замінити словесну мову - могутній фактор розвитку психіки дитини. Функції її у спілкуванні з людьми досить обмежені, тому що розуміти міміко-жестикулярну мову й використовувати її для передачі своїх думок може лише людина, яка володіє системою її знаків. У спілкуванні глухих зі спеціально підготовленими людьми, якічують, використання міміко-жестикулярної мови вкрай обмежене. Тому найважливішу роль у вихованні глухих дітей відіграє формування у них словесної мови.

Проблеми соціально-психологічної адаптації глухих осіб до навколишнього середовища, можуть спричинити появу вторинних дефектів. Це призводить до появи у них таких особистісних рис, як ригідність, егоцентризм. Відсутність внутрішнього контролю, імпульсивність, сугестивність, більш високий рівень агресивності в поведінці, менше, ніж учуючих, прагнення до співпраці, емоційна незрілість. При цьому у жінок з порушеннями слуху відзначається більша, ніж у нечуючих чоловіків,

емоційна стабільність, кмітливість, сумлінність, менша, ніж у них, підозрілість, наполегливість, схильність до ризику.

Незважаючи на серйозний та різноплановий негативний вплив глухоти і туговухості на розвиток дитини, навіть при найважчих ураженнях слухової функції, але при збереженому інтелекті, можливості всебічного розвитку особистості дітей із порушеннями слуху необмежені. Під впливом соціальних факторів (головним чином спеціального навчання), виявляючи наполегливість у подоланні труднощів, викликаних дефектом, люди зі стійкими порушеннями слуху досягають значних успіхів у різних сферах виробничої і суспільної діяльності, в реалізації своїх творчих здібностей.

Багато людей різного віку у всьому світі страждають від проблем, пов'язаних з втратою слуху. Це фізична проблема здоров'я, яка може виникнути і розвиватися у будь-який час. У більшості випадків втрата слуху відбувається поступово і практично завжди безболісно. Люди можуть протягом декількох років не помічати, що проблема існує в їхньому житті, адже хвороба розвивається настільки поволі, що спочатку може бути ледве помітною. У результаті поступово пропадає здатність людей чути звуки і голоси навколо них. А це впливає не тільки на них самих, але і на життя навколишніх людей.

Групи ризику дітей першого року життя по приглухуватості і глухоті:

- діти, що народилися від багатоплідної вагітності;
- діти з масою тіла менше 1,5 кг;
- діти, матері яких перенесли під час вагітності краснуху, герпетичну інфекцію, цитометоловірусну інфекцію;
- діти, матері яких приймали під час вагітності ототоксичні препарати;
- діти, що отримували в період новонародженості за їх свідченнями антибіотики ряду аміноглікозидів;
- діти слабочуючих (або глухих) батьків;
- діти з родовими травмами і внутрічерепним крововиливом.

Ці діти якомога раніше повинні бути оглянуті отоларингологом. У них необхідно провести обстеження слуху за допомогою однієї з об'єктивних методик (імпедансометрія, отоакустична емісія).

У слабочуючих і глухих дітей з рано набутими чи вродженими недоліками слуху статичні і локомоторні функції відстають у своєму розвитку. На першому році життя у глухих дітей відмічається відставання у термінах тримання голови, запізнення в оволодінні ходьбою. Діти часто не володіють тим руховим досвідом, що є до цього часу в дітей, якічують: не вміють швидко бігати, стрибати, повзати, робити найпростіші рухи, наслідуючи дорослих. Сформовані рухи характеризуються порушеннями координації, орієнтуванням в просторі, страхом висоти, сповільненістю і скутістю. Найбільша своєрідність у розвитку рухових якостей у дошкільників з порушеннями слуху відзначається в рівнях швидкісних якостей і рівноваги. Слабочуючі діти трирічного віку не виконують завдання на збереження статичної рівноваги, з якими справляються однолітки, якічують. Хоча в дошкільному віці в дітей з порушеннями слуху починається процес поліпшення стану рівноваги, різких змін не відбувається. Глухі діти за показниками якості рівноваги поступаються не тільки чуючим, але і сліпим, слабозорим і розумово відсталим дітям.

Багатьом слабочуючим і глухим дітям притаманні порушення дрібної моторики (рухів пальців, артикуляційного апарату), що відображається надалі на формуванні різних видів дитячої діяльності. При виконанні багатьох рухів, у тому числі і елементарних побутових, діти з вадами слуху створюють зайвий шум, неритмічні і уповільнені рухи. Це виявляється у слабкій ході, човганні ногами, нескоординованих і неспритних рухах. Спостерігається асиметрія кроків, похитування корпусу, підвищена різкість рухів. Відсутність вербального спілкування в процесі формування рухів також є однією з причин, що знижують якість рухів. Серед дітей з порушеннями слуху виділяються ті, у кого є залишкові явища ДЦП, що пов'язано з паралічами і парезами тулуба, різко обмежуючи пересування дітей у просторі. Негативний вплив на моторний розвиток дошкільників з

порушеннями слуху створює великий обсяг статичних навантажень, пов'язаний з безліччю занять у дитячому садку. Гіподинамія, на думку Г. В. Трофимової, є однією з причин недостатнього розвитку деяких рухових якостей, викликає і збільшує порушення постави, плоскостопість у глухих і слабочуючих дошкільників.

Складні форми порушень у глухих дітей

Первинним порушенням, яке може бути у глухих дітей, є порушення зору. Необхідно мати на увазі, що порушення зору буває різного рівня — від невеликої короткозорості або далекозорості до вираженого слабобачення і повної сліпоти. При цьому воно може виникнути в різний час: дитина може народитися з певним порушенням зору або набути його пізніше і з різних причин.

1. Бувають глухі і одночасно сліпі діти з самого народження або з найраншого віку або глухі і одночасно слабобачачі. Для них створюються спеціальні умови виховання і навчання. Значно частіше, ніж важкі порушення зору, у глухих зустрічається короткозорість або далекозорість, що повністю або частково корегується окулярами. Разом з тим у цих дітей буває звуження полів зору, порушення акомодатції і конвергенції, зустрічається косоокість, можливі випадки порушення сітківки. У зв'язку із труднощами, які виникають при спілкуванні з глухими дітьми, не рідкісні випадки, при яких офтальмологи на основі спілкування з матір'ю дитини і окремих спостережень ставлять діагноз: зір нормальний. Тим самим дитина позбавляється допомоги, яку вона отримує при носінні окулярів, спеціального можливого лікування і певним чином побудованих занять для заповнення пропусків загального розвитку із-за недоліків зору. Бувають також випадки, коли дитина вже має правильно для нього виписані і необхідні для його щоденного життя окуляри, але хтось із батьків (або інших близьких) ці окуляри не дає дитині, оскільки побоюється, що вона їх розіб'є і пошкодить при цьому очі, пораниться.

Необхідно також мати на увазі, що порушення зору у дітей або збільшення цього порушення нерідко спостерігається в шкільному віці. При цьому глухі діти і підлітки не завжди правильно розуміють, що з ними відбувається. Нерідко вони замикаються, стають неуважними до всіх подій, що відбуваються у школі, до вчителя і його завдань, починають гірше вчитися.

У цілому не менше 25 % школярів можуть мати ті або інші порушення зору. Отже, необхідна обов'язкова регулярна перевірка зору всіх учнів. У окремих глухих дітей спостерігається *синдром Ушера*. Це природжена глухота і порушення зору, що поступово збільшується, у вигляді звуження полів зору і пігментної дистрофії сітківки. До підліткового віку відбувається повна втрата зору. Необхідно не тільки своєчасно діагностувати присутність даного синдрому у глухого школяра, але наперед психологічно готувати його до лиха, що насувається, — сліпоті, навчити читати і писати за Брайлем навчати його таким видам трудової діяльності, які будуть доступні йому і при сліпоті, що наступила.

Слід ще передбачати можливі випадки порушення колірного зору (*дальтонізм*), оскільки вони в загальній людській популяції зустрічаються в 7,4 % випадків у хлопчиків і в 0,8 % — у дівчаток. Випадки порушення колірного зору також не завжди своєчасно виявляються у глухих дітей із-за недоліків мовного спілкування з ними. Проте дальтонізм необхідно діагностувати у дітей ще в дошкільному віці, щоб правильно організовувати їх виховання.

2. У значній кількості випадків (від 20 до 35 % — в різних дитячих колективах) у глухих дітей спостерігається первинна затримка психічного розвитку (ЗПР), зумовлена недостатністю діяльності центральної нервової системи, викликані тими або іншими причинами (важкою хворобою матері під час вагітності, особливо в перші три місяці; важкою хворобою дитини в перші місяці або роки життя).

У дітей з первинною ЗПР зазвичай спостерігається виражена церебрастенія, яка веде до підвищеної стомлюваності. Через це діти

відрізняються мінливою поведінкою, легко переходять в стан підвищеного збудження або, навпаки, в стан млявості і байдужості до того, що оточує. Діти емоційно нестійкі і насилу звикають до цілеспрямованої довільної діяльності, що вимагає подолання певних труднощів. У своєму психофізичному розвитку вони відстають від глухих дітей, що не мають інших первинних порушень розвитку. Але міра відсталості і її характер багато в чому визначаються тими умовами життя, в яких діти знаходилися до школи, і їх загальним фізичним станом.

Діти з первинною ЗПР, які нечують, виховувалися в спеціальній дитячій установі для нечуючих дітей або вдома при систематичній участі спеціалістів-сурдологів, зазвичай мають незначне відставання в розвитку довільної наочно-практичної діяльності, у розвитку зорового сприйняття, наочного мислення, образній пам'яті у порівнянні з нечуючими дітьми, без первинної ЗПР і ті, що виховуються в схожих умовах. Але вони мають істотне відставання від інших глухих в розвитку словесної мови, в оволодінні сприйняттям мови і вимовою, в засвоєнні значень слів, що позначають предмети і явища самого найближчого оточення, в оволодінні зв'язною мовою. Вони успішніше опановують елементарні математичні уявлення. Під час вступу до школи вони зазвичай правильно встановлюють кількість предметів в межах 10, можуть у цих межах складати і віднімати групи предметів, але обов'язково користуються пальцями при перерахунку і жестовими умовними позначеннями.

Глухі діти з первинною ЗПР, не одержуючи кваліфікованої сурдопедагогічної допомоги в ранньому і дошкільному віці, до початку шкільного віку різко відрізняються від глухих дітей без первинної ЗПР. За поведінкою і результативністю їх наочно-практичних дій вони схожі з розумово відсталими дітьми, проте навчаються набагато продуктивніше.

При створенні сприятливих умов для їх всестороннього психофізичного розвитку діти, що нечують, з первинною ЗПР поступово (за великі терміни) опановують програму спочатку молодших, а потім і середніх класів школи для звичайних дітей, що нечують.

3. Серед глухих зустрічаються приблизно 10—15 % дітей, які мають розумову відсталість різного рівня. Розумова відсталість є наслідком значного пошкодження мозкової діяльності дитини, обумовленої або серйозними захворюваннями матері або батька дитини (наприклад, алкоголізм, використання інших наркотиків), неблагополучно-протікаючою вагітністю матері і важкими пологам, або травмами голови, або захворюваннями дитини, наприклад менінгоенцефалітом в найранішому дитинстві.

Розумово відсталі глухі діти мають своєрідність і відставання в розвитку ще більше, ніж розумово відсталі з нормальним слухом. До початку шкільного віку у глухих розумово відсталих дітей є труднощі в координації рухів власного тіла, в точних рухах рук і ніг, у фіксації погляду і уваги на певних предметах. Діти насилу виконують прості дії з предметами по точному наслідуванню діям дорослого. Їх власна наочно-практична діяльність надзвичайно елементарна.

Спостерігається помітне відставання і своєрідність у розвитку всіх пізнавальних процесів, мові, емоційно-вольовій сфері навіть у порівнянні з розумово відсталими, такими, що мають підлягаючий зберігання слух, тим більше в порівнянні з дітьми, що мають тільки порушення слуху.

Глухі розумово відсталі діти навчаються в спеціальних класах за особливою програмою, причому більш простій, ніж розумово відсталі діти з нормальним слухом.

4. Серед глухих є діти з дитячим церебральним паралічем (ДЦП). Їх не так багато: вони складають 3 — 3,5 %. Ті діти, які можуть ходити самостійно і навчаються в школі, мають дуже своєрідну несиметричну ходу, скорчену позу тіла, вимушені рухи рук і ніг. Психофізичний розвиток цих дітей протікає з глибокою своєрідністю. Вони зазнають труднощів у зоровому сприйнятті предметів, оскільки через насильницькі рухи шиї і голови не можуть спокійно оглядати предмети. Окрім цього, у них нерідко спостерігаються порушення рухів очей, порушення акомодатції і косоокість. Не менш складна для дітей наочно-практична діяльність, оскільки насилу

вони можуть здійснювати точні дії з предметами. Особливо складним є формування мови у тих дітей, які не чують з ДЦП. За наявності нав'язливих рухів у ділянці рота і нерідко спостережуваною дізартрії укрій важко формувати у таких дітей вміння розмовляти. Із-за порушень рухів рук їм важко опанувати мову і письмо, що є важливою ланкою у формуванні мови глухих дітей. У момент вступу до школи глухі діти з ДЦП зазвичай зовсім не володіють мовою і мають істотне відставання в розвитку всіх психічних процесів. Але при глибоко індивідуальному підході, що враховує потенційні можливості кожної дитини, глухі діти з ДЦП можуть засвоювати в більш розтягнуті терміни програму початкової і основної школи для глухих дітей. Для найбільш здатних дітей з ДЦП ці терміни можуть співпадати з термінами навчання глухих дітей із ЗПР.

Серед глухих дітей з ДЦП зустрічаються розумово відсталі (із ще обширнішою поразкою мозкової діяльності, ніж при ДЦП). Їх необхідно своєчасно діагностувати. Вони відстають у всьому психофізичному розвитку, і значно більше ніж глухі тільки з ДЦП.

5. Ще одну групу з складними порушеннями складають діти, які мають окрім порушення слуху ще порушення мовних зон кори головного мозку. При енцефалографічному дослідженні у таких дітей, як правило, зустрічаються порушення нормальної діяльності в скроневій і передньо-центральної ділянках кори головного мозку. У групі глухих дітей такі діти складають близько 5%. Особливість цих дітей в шкільному віці — відмінності в рівні розвитку наочно-практичної діяльності, процесів сприйняття, наочного мислення, образної пам'яті, з одного боку, і мови і що формуються на її основі словесно-логічного мислення, словесній пам'яті з іншою. За рівнем розвитку наочних форм пізнавальних процесів і практичної діяльності вони близькі до основної групи глухих. За рівнем розвитку мови вони відстають від глухих із ЗПР, іноді навіть нагадують глухих розумово відсталих.

У глухих дітей, які мають порушення мовних зон кори головного мозку, іноді спостерігається і легке пошкодження центральної нервової системи,

що веде до первинної ЗПР. У таких дітей відставання і своєрідність у психічному розвитку близьке до того, яке спостерігається у глухих розумово відсталих дітей.

6. Особливу проблему складають глухі діти з порушеннями поведінки, психічно неврівноважені, хворі. У таких дітей бувають періоди спокійніших станів, коли вони можуть дотримувати шкільну дисципліну, вчитися і засвоювати знання і уміння. Але потім з тих або інших причин відбувається загострення психічного захворювання, що робить неможливим перебування даного учня в школі. Зазвичай його поміщають у відповідну лікарню, де його лікують тривалий період, іноді декілька місяців. У лікарні даний учень ніяких навчальних знань не отримує і дуже відстає в розвитку.

7. Необхідно також особливо виділити групу глухих дітей соматично ослаблених, таких, які перенесли тривалі важкі захворювання або які мають постійне порушення діяльності організму (захворювання серця, легенів, нирок, печінки). Ці діти часто мають підвищену стомлюваність і понижену працездатність, що неминуче зменшує ефективність їх навчання. Нерідко у таких дітей спостерігається загальне відставання в психічному розвитку, подібне до того, яке спостерігається у дітей із ЗПР.

Можуть бути випадки, коли у дітей, окрім глухоти, немає жодних серйозних порушень організму, але внаслідок того, що їм довго не надавалася спеціальна допомога, вони сильно відстають у загальному психічному розвитку. Буває так, що глуха дитина дошкільного віку знаходиться удома або відвідує дитячий садок, де з нею спеціально не займаються. Вступаючи до школи, така дитина уміє вимовляти тільки декілька співзвуч і у спілкуванні користується ними та елементарними жестами рук і мімікою обличчя. Оскільки оволодіння мовою відіграє дуже важливу роль у психічному розвитку дитини, то дитина в 7 років, яка зовсім не володіє мовою, вже має велике відставання в психічному розвитку, причому більше, ніж менш розвинена у нього до цього віку наочно-практична діяльність.

Аналогічні додаткові порушення розвитку зустрічаються і у слабочуючих дітей. При цьому відставання і своєрідність в психічному розвитку у цих дітей залежить не тільки від міри втрати слуху і важкості додаткових порушень, але і від рівня розвитку наочно-практичної і навчальної діяльності, мови і мислення, які формуються і удосконалюються в умовах компенсуючого навчання

Дослідження слуху та напрямки корекційної роботи

Найбільш простим методом обстеження слуху є дослідження слуху за допомогою мови шепітної і звичайної розмовної гучності. Слова підбирають з низькою і високою частотною характеристикою. Наприклад:

санки бабуся

шуба ворона

пічка лак

щітка лампа

У звичайних умовах обстеження в обстановці відносної тиші сприйняття шепітної мови вважається нормою на відстані 6 — 7 м. Якщо дитина повторює слова невпевнено, необхідно наблизитися на 1 м. Потім наголошується відстань, при якій дитина повторює слова впевнено. Якщо дитина не чує жодного слова, слід виявити здібність до сприйняття голосних і приголосних звуків: м, н, р, д, г, у (низькочастотні); шиплячі, і, е (високочастотні). (Високочастотні звуки чуються краще, ніж низькочастотні). У процесі обстеження необхідно враховувати загальний стан дитини: втомленість, увага, готовність до виконання завдань.

Дитина, яка втомилася, легко відволікається, не сприймає зміст завдання. У таких випадках неточні відповіді будуть результатом несприятливого загального стану і не дадуть об'єктивної картини зниження слуху. Звідси виникають діагностичні помилки, якщо дитина не володіє усною мовою і не розуміє словесних доручень, рекомендується використовувати звучні (бубон, свисток) і озвучені іграшки (пташка, гавкаюча собачка тощо).

Під час обстеження необхідно дотримуватись певних умов: потрібно створювати таку обстановку, при якій дитина була б зайнята справою (грала з мамою, розглядала картинки, іграшки). У такому разі виключається вгадування звукового сигналу по маніпуляції логопеда з озвученими іграшками. Кожну реакцію дитини на поданий звуковий сигнал необхідно ретельно фіксувати: дитина прислухається, повертає голову у бік джерела звуку, зовсім не звертає увагу на звук.

Пропоновані прийоми перевірки слуху не є достатньо точними і об'єктивними у визначенні дозування сили звуку, відносно кінцевої оцінки результатів. Тому при виражених порушеннях слуху необхідно скерувати дитину до фахівця-отоларинголога і зробити аудіограму (дослідження слуху за допомогою спеціального приладу — аудіометра). Робота з формування правильної мови у слабчучих дітей повинна носити систематичний характер і починатися відразу ж з моменту виявлення порушення слуху. Визначаючи послідовність і зміст корекційної роботи, необхідно спиратися:

- а) на закономірності розвитку мови дитини в нормі;
- б) на наявний запас мовних навичок.

При легкому рівні зниження слуху виявляється достатнім посилення гучності розмовної мови на заняттях. Це допомагає активізувати ослаблений слух дитини.

При важких рівнях зниження слуху необхідно використовувати аналізатори, які підлягають збереженню - в першу чергу зоровий: дітей привчають прочитувати з губ, що допомагає з найбільшою повнотою розуміти мову оточуючих людей. У свою чергу це сприяє подальшому мовному розвитку на основі наслідування.

Корекційно-виховна робота із слабчучими дітьми здійснюється за наступними напрямками:

- розвиток розуміння мови, уточнення і розширення лексичного запасу,
- формування граматики будови мови,
- вимовляння звуків. Одночасно проводяться заняття з навчання грамоти — читання і письма.

На всіх видах занять обов'язково використовується залишковий слух дітей, який підсилюють за допомогою спеціальної апаратури.

Корекційне навчання здійснюється у спеціальних яслах, дитячих садках для дітей з порушеннями слуху, де вони знаходяться з 2 до 6 років. З 6 років вони продовжують навчання у школах для слабочуючих дітей. Профілактика порушень слуху у дітей здійснюється головним чином батьками і вихователями дитячих установ. Профілактичні заходи необхідно розпочинати з внутріутробного періоду розвитку дитини, оберігаючи матір в період вагітності. Після народження дитини важливо ретельно стежити за її здоров'ям: тримати вуха в чистоті, попереджати запальні процеси в органах слуху, приймати заходи з уникнення побутових травм. У маленьких дітей вкрай важливо оберігати вуха від холоду, оскільки часті простуди можуть призвести до патології мовного апарату.

Потрібно пам'ятати, що для слуху шкідливі дуже гучні звуки, крики, шум в групі. Тому слід створювати дітям бережливий, ощадливий режим, уникати сильних звукових подразників, спілкування на підвищених тонах.

У цілях попередження порушень слуху лікар-отоларинголог повинен періодично обстежувати дітей. Це допомагає своєчасно усунути щонайменші патологічні зміни, які можуть привести до зниження слуху.

Якщо у дитини вже є вроджене або набуте враження органу слуху, необхідне невідкладне втручання лікаря: від часу початку лікування багато в чому залежить, який характер носитиме порушення слуху і як це вплине на формування мовної функції.

Контрольні запитання і завдання

1. Назвіть і охарактеризуйте основні причини порушень слуху і відповідно групи дітей.
2. Які закономірності психічного розвитку та навчально-пізнавальної діяльності глухих і слабочуючих дітей вам відомі.
3. Яка існує класифікація порушень слуху і в чому її особливість.

4. У чому полягає специфіка і особливість складних форм порушень у глухих дітей?

5. Яка роль психолога у розвитку слухового сприймання та розвитку мовлення учнів з вадами слуху?

6. Які соціально-психологічні особливості людини з порушеннями слуху?

Список використаної літератури

1. Богданова Т.Г. Сурдопсихология [Текст] / Т. Г. Богданова. – М.: Академия, 2002. –С.54-67.
2. Боскіс Р.М. Глухі та слабочуючі діти [Текст] / Р.М.Боскіс. - М., 1963. - 345с.
3. Виготський Л.С. Про розвиток мовлення глухих [Текст] / Л.С.Виготський // Дефектологія. - 1994. - № 4. - С.88-90.
4. Головчиц Л.А. Дошкільная сурдопедагогіка [Текст] /Л.А.Головчиц. – М.: ВЛАДОС, 2001. –С.35-68.
5. Итоги деятельности Украинского общества глухих по слуховой, трудовой и социальной реабилитации неслышащих[Текст] . – К., 2010.-112с.
6. Корсунська Б.Д. Навчання мови глухих дошкільників [Текст] / Б.Д.Корсунська . - М., 1969.-234с.
7. Обухова Т.І. Вплив порушення слуху на психічний розвиток дитини [Текст] / Т.І.Обухова // Дошкільне виховання аномальних дітей / під ред.Л.П.Носкової.- М, 1993
8. Преображенский Б.С. Особенности развития мышления у детей с нарушением слуха [Текст] / Б.С. Преображенский Б.С. і Л. У. Нейман. – М.: ВЛАДОС,2006.-С.67-97.
9. Речицкая Е.Г. Готовность слабослышащих детей школьного возраста к обучению в школе [Текст] / Речицкая Е.Г., Пархалина Е.В. – М.: ВЛАДОС, 2000.

10. Розанова Т.В. Психологія глухих дітей [Текст] / Розанова Т.В., Соловйов І.М. – М, 1971.-238с.
11. Филичева Т.Б., Нарушения речи у детей: Пособие для воспитателей дошкольных учреждений [Текст] // Т.Б.Филичева, Н.А.Чевелева, Г.В.Чиркина. -- М.: Профессиональное образование, 1993. - 232с
12. Фомічова Л.І. Сурдопедагогіка [Текст] / Хрестоматія // Л.І. Фомічова. – К.: НПУ імені М.П.Драгоманова, 2003. – 1, 2 тт.

Тема 2.2. Особливості розвитку, навчання і виховання особистості при глибоких порушеннях зору

План

1. Особливості розвитку людини з порушеннями зору. Причини порушення зору.
2. Основні погляди на проблему відмінностей зрячих і незрячих дітей.
3. Класифікація порушень зорової функції та причини її виникнення.
3. Характеристика дітей зі зниженим зором
4. Класифікація осіб з порушеннями зору, її значення для освітньої та корекційно-реабілітаційної практики.
5. Соціально-психологічна адаптація дітей з порушеннями зору.
6. Психолого-педагогічні правила поведінки зрячих з особами, які мають глибокі порушення зору.
7. Профорієнтація сліпих і слабозорих учнів, перспективи їх соціальної адаптації.

Особливості розвитку людини з порушеннями зору

Зір (від лат. — зір) — це здатність організму сприймати і диференціювати світлові подразнення за допомогою зорового аналізатора, який реалізується через зорову систему або аналізатор людини та представляє собою сукупність нервових структур, які сприймають і диференціюють світлові подразнення і визначають силу, напрямок,

активність світла, його віддаленість, тобто проводять складну зорову орієнтацію в просторі. Зоровий аналізатор є складною нервово-рецепторною системою. Він складається з рецепторної частини (сітківки), зорових шляхів (зорових нервів, хіазми, зорових трактів), зорових центрів (підкіркових і кіркових). Периферійна частина зорового аналізатора - це очне яблуко із захисним (повіки, зіниця) і допоміжним (сльозові органи, м'язи очей, кон'юнктива) апаратом ока. Найбільшу кількість інформації про навколишній світ людина отримує через зір. Саме зір виступає тією аналізаторною системою, яка дозволяє отримати найбільше вражень про навколишні предмети і явища. Такі ознаки предметів, як світло, колір, форма, відстань, протяжність, розмір ми отримуємо завдяки зору. Розвиток орієнтування в просторі також значною мірою залежить від зорового сприймання.

Гострота зору - це здатність ока розрізняти дві точки, які світяться, як окремі ігри на мінімальній відстані між ними. Гострота зору перевіряється за допомогою спеціальних таблиць, що містять 10-12 рядків букв, малюнків або спеціальних знаків. Наприклад, у дітей гострота зору перевіряється за таблицями, на яких зображені різні предмети. Співвідношення знаків кожного наступного рядка порівняно з попереднім відповідає різниці гостроти зору 0,1. Гострота зору, яка зустрічається у більшості людей і характеризується здатністю бачити деталі предмета під певним кутом зору, розглядається як нормальна. Вона дорівнює 1,0. Зір відіграє провідну роль в орієнтуванні, пізнавальній та трудовій діяльності людини. За його допомогою сприймаються предмети: розрізняються форми, величини, розміри, відстані, кольори та світлотіні. Через візуальний канал людина здобуває уявлення про себе і світ. Зоровий контроль має велике значення для розвитку рухів людини. Візуальне сприймання людьми одне одного дуже важливе для встановлення міжособистісних стосунків і визначається функціонуванням зорового аналізатора. При порушенні діяльності у дитини виникають значні труднощі у пізнанні світу та орієнтуванні в ньому, у здійсненні контактів із навколишніми людьми, у різних видах діяльності.

Порушення зорових функцій здійснює серйозний вплив на розвиток психіки у зв'язку з тією величезною роллю, яку відіграє зір у житті людини. У осіб з глибокими порушеннями зору скорочуються або повністю відсутні зорові відчуття і сприйняття, що призводить до зменшення кількості уявлень, знижує можливості розвитку мислення, мови, уяви. Спостерігається зниження психічної активності (особливо в дошкільному і переддошкільному віці), виникають зміни в емоційно-вольовій сфері і орієнтовній діяльності. Причому, найбільшою мірою дані особливості виявляються у незрячих з народження дітей і дітей, що втратили зір в період формування мови, і найменш вони виражені тих, які погано бачать. Необхідно зазначити, що до сьогодення часу у світовій літературі, присвяченій дослідженням порушень зору, не сформувалось єдиного погляду на те, чи близька психіка сліпої дитини і психіка дитини з нормальним психофізичним розвитком.

Основні погляди на проблему відмінностей зрячих і незрячих дітей:

Перший з них приймає за вихідне положення у психічному розвитку дефект зору, його функціональне значення і вплив на весь хід розвитку, який призводить до недооцінки можливостей компенсації дефекту за рахунок інших сенсорних систем. Наявність особливостей психічного розвитку дітей з порушеннями зору відмічали ще у XX столітті. Перебільшення цієї специфіки призвело до того, що пропагувалось твердження про необхідність створення особливого мовлення сліпих, яке б відрізнялось від мовлення людей, які бачать, а в деяких випадках робились неправомірні висновки про те, що в результаті ізолюваного життя сліпих створюється особливий тип людей. Ці автори стоять на позиції створення специфічного стандарту психічного розвитку, як правило значно нижчого порівняно зі стандартом для людей, які бачать (Хайес, Тиллмен, Уліз). Інша група науковців (Т. Катсфорт, Максфілд, В. Уільямс, М. І. Земцова, В. М. Коган, А. Г. Литвак, Л. І. Солнцева), прослідковуючи динаміку психічного розвитку дітей молодшого віку, дійшли висновку, що помітна відмінність в

загальному психічному статусі між дітьми з нормальним психофізичним розвитком і дітьми з порушеннями зору поступово згладжується внаслідок покращення динаміки психічного розвитку дітей з відхиленнями, М. Тобін (1972) вказує, що у кожній віковій групі краща дитина з групи незрячих може випередити у своєму розвитку дітей з нормальним зором. Позиція зближення на сучасному етапі дітей з нормальним зором і з його порушеннями поступово переважає, чому сприяє теорія і практика компенсації зорового дефекту. Часткова або повна втрата зору відображається на розвитку психічної діяльності, викликаючи кількісні і якісні її особливості. Кількісні особливості проявляються головним чином у сфері чуттєвого пізнання: у дитини порушуються зорові відчуття та сприймання, що впливає на формування кількості зорових уявлень, образів уяви тощо. **Якісні** особливості проявляються практично у всіх сферах діяльності. Зокрема, змінюється система взаємодії аналізаторів, виникають особливості у формуванні образів уявлень, понять. Порушення зору відображається і на фізичному розвитку особистості через зниження її активності, невмінні виконувати частину рухів, наявності загальмованості, зниження через відсутність тренування м'язової сили тощо.

Причини виникнення якісних особливостей психічного розвитку у дітей з порушеннями зорового аналізатора полягають в тому, що:

- *по-перше*, послаблюються або повністю порушуються зв'язки між зоровими та іншими системами, які беруть участь у сприйманні. Порушення в історично сформованій системі взаємодії аналізаторів викликають зміни у процесах чуттєвою пізнання, негативно відображаються на рівнях чутливості окремих аналізаторних систем і на процесах сприймання і формування уявлень. Так, порушується зорово-кінестетичний контроль, який відповідає за якісне поєднання рухів руки, оскільки рука одночасно і виконує рух, і контролює його. Таким чином, глибокі порушення зору впливають на якість отримання інформації, яка надходить через інші аналізатори. Внаслідок компенсаторного

пристосування порушена система взаємодії аналізаторів перебудовується і починає адекватніше відображати зовнішні впливи;

- *по-друге*, при глибоких порушеннях зору сітківка ока менше працює і поступово замість розвитку зорових відчуттів та сприймань спостерігається їх більше зниження. Одночасно не розвиваються і дотикові сприймання, які мають виконувати компенсаторну функцію, оскільки наявність навіть незначного залишкового зору загальмовує розпиток активного дотику;
- *по-третьє*, найважливішою причиною недостатньої повноти і точності відображення при порушеннях зору є зниження пізнавальної активності.

Класифікація порушень зорової функції та причини її виникнення

Порушення зору можуть бути вродженими і набутими.

Вроджена сліпота зумовлена ушкодженням або захворюванням плоду в період внутрішньоутробного розвитку або виникає внаслідок впливу негативних спадкових факторів.

Набута сліпота в основному виникає внаслідок захворювань органів зору сітківки, рогівки або захворювань центральної нервової системи (менінгіт, пухлини мозку), ускладнень після загальних захворювань організму (кір, грип, скарлатина), травматичних ушкоджень головного мозку або очей.

Розрізняють ***прогресуючі і стаціонарні*** порушення зорового аналізатора. При *прогресуючих* порушеннях відбувається поступове погіршення зорових функцій під впливом патологічного процесу. Наприклад, при глаукомі підвищується внутрішньоочний тиск і відбуваються зміни в тканинах очей. Зір знижується під впливом пухлин головного мозку. При недотриманні санітарногігієнічних норм при читанні і письмі відбувається розвиток короткозорості та далекозорості.

До *стаціонарних* дефектів зору відносять перш за все вроджені вади: мікрофтальм вроджена аномалія розвитку, яка характеризується зменшенням розміру одного або обох очей різного рівня вираження; колобома дефект райдужної оболонки або судинної оболонки очного яблука; астигматизм - поєднання в одному і тому ж оці різних видів рефракції; катаракта помутніння кришталика ока. Причинами цих хвороб можуть стати наслідки деяких захворювань або операцій, але при цьому сам процес хворобливого зниження зору припинився.

Сліпота – це різко виражений рівень аномалії розвитку і порушень зорового аналізатора, при якому стає неможливим або дуже обмеженим зорове сприймання дійсності внаслідок відсутності зору або глибокого порушення гостроти центрального зору (від 0 до 0,4), чи сильного звуження поля зору при більш високій гостроті зору. Такий розлад зору призводить до інвалідності.

У соціальному розумінні виділяють:

- *практичну сліпоту* втрачається здатність орієнтуватись у навколишньому оточенні, пересуватись без сторонньої допомоги поза оселею, хоча людина може володіти світловідчуттям;
- *побутову сліпоту* різко знижується гострота зору загалом (0,02);
- *виробничу сліпоту* - зір падає настільки, що людина не може працювати навіть за умови застосування будь-яких оптичних засобів;
- *професійну сліпоту* зір падає настільки, що виконай звичної професійної діяльності стає неможливим.

Сліпі діти - це діти з порушеннями зорового аналізатора, у яких повністю відсутні зорові відчуття або має місце незначне світловідчуття або залишковий зір на оці, що краще бачить, з використанням засобів корекції. Сліпі діти поділяються на сліпонароджені і ті, що осліпли.

Сліпонароджені - це діти, які народились сліпими або втратили зір до становлення мовлення, тобто приблизно до 3-х років.

За рівнем *порушення зору* сліпі діти поділяються на:

1) *абсолютно* (тотально) сліпих, до яких відносяться і діти з залишковим світловідчуттям на рівні розрізнення світла і тіні або зі звуженням поля зору. Поле зору - це простір, усі точки якого видно при непорушному погляді;

2) *частково* (парціально) сліпих, до яких відносять дітей із залишковим зоровим сприйняттям, яке дозволяє розрізняти на близькій відстані контури предметів; дозволяє орієнтуватись під час ходьби, розрізняти на деякій відстані форми предметів та яскраві кольори. Дослідження залишкового (і ахроматичного, і кольорового) зору у сліпих дітей показало, що залишковий зір не можна розглядати лише як крайній ступінь послаблення нормального зору. Він має неоднакові характеристики залежно від різних клінічних форм. Залишковий зір являє собою деяку інтегральну властивість глибоко ушкодженої зорової системи, недостатності різних зорових функцій, лабільність і нестійкість окремих компонентів зорового процесу в цілому, тенденція до настання швидкої втоми. Як зазначає у своїх дослідженнях Є. П. Синьова [8], глибокі порушення зору прямо або опосередковано викликають різні особливості психічного розвитку дітей. Так, сліпі діти не можуть безпосередньо сприймати візуальні та просторові ознаки об'єктів і явищ, які негативно впливають на розвиток їхньої рухової активності, ускладнюють орієнтацію в просторі, збіднюють чуттєвий досвід, перешкоджають розвитку образного мислення. Своєрідність становища сліпої дитини у середовищі інших поглиблюється помилками у її вихованні, переважно зумовленими явищами гіперопіки. Водночас спостерігаються і протилежні випадки, коли навколишні або не рахуються з проблемами незрячого, або, навпаки, завищують вимоги до нього. Це може викликати небажані відхилення в особистісному становленні дитини, низьку

самостійність, негативізм, розбещеність, або навпаки, надмірну самовпевненість чи захисні психічні реакції. Сліпі діти усвідомлюють свій дефект. Невдачі у різних видах діяльності та у спілкуванні, зумовлені неможливістю використання зору у практичній діяльності, часто викликають у них тяжкі емоційні переживання. На розвиток вищих форм пізнавальної діяльності (логічного мислення і мовлення, довільного запам'ятовування, цілеспрямованої уваги тощо) сліпота відображається опосередковано, викликаючи якісні відмінності, залежно від особливостей зорового сприймання. Спостерігається дисгармонія у взаємодії чуттєвих та інтелектуальних функцій. Так, переважанням словесно-логічної форми пізнання над чуттєвою можна пояснити те, що сліпі діти мають іноді досить великий запас абстрактно-словесних, формально правильних, але не наповнених конкретно-предметним змістом знань, спостерігається також певне відставання у розумінні слів із конкретним значенням. На відміну від сліпонароджених, діти, які осліпли після певного періоду нормального розвитку, зберігають зорові уявлення, сформовані у них раніше. Такі сліди зорових уявлень залишаються у свідомості дитини завдяки образній пам'яті і відіграють важливу роль у відновленні образів і предметів під час сприймання їхнього словесного опису. Міра збереження зорових уявлень залежить від віку, в якому відбулось порушення зору, від змісту і організації пізнавальної діяльності сліпих дітей. Необхідно відзначити, що образні уявлення у них можуть зберігатись досить довго, навіть протягом усього життя. Як вже зазначалось, втрачена функція зору компенсується у сліпих дітей за допомогою активної діяльності збережених аналізаторів — слухового, тактильного, смакового, шкіряного та ін. У процесі розвитку в сліпих утворюються нові способи сприймання та аналізу дійсності, орієнтування в просторі, що відіграє відповідну роль у їхній пізнавальній діяльності. Велику роль тут набувають спеціально організоване навчання і виховання сліпих дітей, що попереджає і коригує виникнення вторинних відхилень їхнього розвитку, формує та стимулює компенсаторні процеси. Принципово важливим для забезпечення успішного компенсаторного

розвитку сліпих є формування у них високих соціальних мотивів, забезпечення свідомості та активності у різних видах діяльності, виховання настирності та самостійності, процесу їхнього спілкування у колективі.

Характеристика дітей зі зниженим зором

Крім зниження гостроти зору та звуження поля зору слабкозорі діти можуть мати і інші відхилення у роботі зорового аналізатора порушення сприймання кольору і світла, периферійний і бінокулярний зір. Характеризуючи психічний розвиток дітей зі зниженим зором, Є.Синьова зазначає, що його особливості пов'язані передусім з тим, що вони, на відміну від сліпих, мають можливість використовувати з метою сприймання предметів і явищ навколишньої дійсності та просторової орієнтації наявний у них залишковий зір. Але досить глибокі порушення зорової функції зумовлюють такі особливості процесів візуального сприймання, як загальмованість, знижена точність, вузькість огляду. Зоровий дефект при слабкозорості певною мірою ускладнює і процес просторової орієнтації. При цьому потрібно мати на увазі, що недоліки зорової функції у слабкозорих не просто кількісно знижують запас вражень, а й викликають якісну особливість образних уявлень, що пов'язано зі специфікою зорового відображення дійсності за різних форм зниження зору. Так, у дитини зі зниженим зором з порушенням кольоророзрізнення формуються збіднені (з погляду багатства їх кольорових характеристик) уявлення про предмети і явища. Діти, які страждають короткозорістю або далекозорістю, можуть не помітити деяких важливих, але невиразних ознак об'єктів або явищ. Спеціальні спостереження тифлопедагогів свідчать, що у слабкозорої дитини після того, як вона зрозуміла, що бачить не все і погано, виникають проблеми суто психічного характеру: з одного боку вона не відчуває себе сліпою, з іншою — не відчуває себе повністю зрячою. Невдачі та труднощі в навчанні, грі, спілкуванні часто неправильно оцінюються дитиною, викликають роздратованість, замкнутість, негативізм та інші негативні

характерологічні риси. *Причини* виникнення зорової патології прийнято поділяти на вроджені і набуті.

Вроджені порушення зорової функції зумовлюються генетичними факторами (наприклад спадковими формами вроджених катаракт), а також хворобливими впливами на організм у період ембріонального розвитку. У цьому аспекті для вагітної жінки небезпечними є такі фактори, що викликають зорову патологію: токсоплазмоз; захворювання червінкою, особливо в перші місяці вагітності, коли у плоду відбувається формування зорової системи; різні патології, що викликають крововиливи її мозок у ділянці очей, переломи та зміщення кісток черепа. У дослідженнях Л.Д.Кирилової відзначаються такі спадкові форми зорової патології: спадкові порушення обміну речовин у вигляді альбінізму; спадкові захворювання, які призводять до порушень розвитку очного яблука вроджений анофтальм, мікрофтальм; захворювання рогової оболонки - дистрофія роговиці; спадкова патологія судинної оболонки — аніридія, колойома судинної оболонки; вроджені катаракти (мають місце вроджені катаракти генетичного походження); окремі форми патології сітківки, дегенерація Штаргардта, атрофія Вебера, вроджена атрофія. Зорова патологія вродженого перинатального характеру становить 70% випадків від загальної кількості очних захворювань; зорова патологія, що є наслідком грубого ураження центральної нервової системи 8%; зорова патологія як наслідок безпосередньої травматизації органу зору 4%. При цьому зорове порушення вродженого характеру часто поєднується з нервово-психічними розладами: парези кінцівок, зниження слуху, порушення мовлення, розумова відсталість, різні порушення центральної нервової системи. 30% дітей з порушеннями зору мають органічну недостатність центральної нервової системи.

Набуті зорові аномалії поширені значно менше, ніж вроджені. У цьому аспекті значну роль відграють досягнення медицини, заходи профілактичного характеру, внаслідок чого практично ліквідовані випадки

глибоких порушень зору у дітей, викликані різними інфекціями. Проте набуту зорову патологію можуть викликати ускладнення після таких захворювань організму, як грип, туберкульоз, менінгіт, менінгоенцефаліт, віспа, кір, трахома, туберкульоз очей, скарлатина, а також травматичні пошкодження мозку і очей. Основним завданням реабілітаційної роботи в цілях інтеграції інвалідів з зору в суспільство є встановлення або відновлення соціальних контактів як з однолітками, так і значущими дорослими людьми, розширення сфери діяльності (суспільно-корисна праця, заняття спортом, музичним мистецтвом тощо), тобто соціально-психологічна адаптація.

Класифікація осіб з порушеннями зору, її значення для освітньої та корекційно-реабілітаційної практики

Класифікація осіб з порушеннями зору:

1. *Незрячі* - це люди з повною відсутністю зорових відчуттів, або ті, які мають залишковий зір або здатність до світловідчуття. Абсолютно або тотально незрячі - люди з повною відсутністю зорових відчуттів.

2. *Слабозорі* - це люди, гострота зору яких дозволяє розрізняти предмети, контури яких вони бачать нечітко. Головна відмінність даної групи від сліпих: при вираженому зниженні гостроти сприйняття зоровий аналізатор залишається основним джерелом сприйняття інформації про навколишній світ і може використовуватися як провідний у навчальній, професійній та інших видах діяльності.

Залежно від часу настання дефекту виділяють такі категорії дітей:

- сліпонароджені - це діти з уродженою тотальною сліпотою або осліплі у віці до трьох років. Вони не мають зорових уявлень, і весь процес психічного розвитку здійснюється в умовах повного випадання зорової системи;

- осліплі - діти, що втратили зір у дошкільному віці та пізніше. Цілком очевидно, що, чим пізніше порушуються функції зору, тим меншим виявляється вплив аномального чинника на розвиток і прояв різних сторін

психіки. Але разом з тим змінюються, обмежуються у зв'язку з віковим зниженням пластичності і динамічності центральної нервової системи можливості компенсаторного пристосування. Найбільш значущим видом обмеження життєдіяльності інвалідів даної категорії - обмеження здібності до орієнтації - здібності визначатися в часі і просторі. Як свідчать дані [5;6;7], пацієнти з подібними дефектами органів чуття стають нерішучими, боязкими, залежними від близьких. У них нерідко формуються ідеї ущербності, що поєднуються з такими якостями особистості як принциповість, справедливість, високий рівень моральних вимог до себе й навколишніх.

Особливості спілкування та міжособистісних стосунків сліпих та слабоворих в групах

Соціально-психологічні наслідки вад зору виявляються найбільш виразно тоді, коли інваліди потрапляють у змішаний колектив, де навчаються і працюють сліпі і зрячі. У цих умовах для сліпих обмеження можливості сприймати зміни в навколишньому середовищі ускладнюють встановлення зв'язків особистості з середовищем, викликають труднощі в діловому і особистісному спілкуванні. Сліпі можуть уникати контактів зі зрячими, стають замкнутими, орієнтованими на свій внутрішній світ. У таких колективах сліпі часто самі ізолюються, займають позиції крайньої залежності від зрячих, активності під натиском, відмови від боротьби з труднощами. Очевидно, що це наслідок недостатньої роботи фахівців з підготовки сліпих до самостійного життя у світі зрячих. Крім того, несприятливий вплив на встановлення позитивних міжособистісних відносин у змішаних колективах мають труднощі соціальної перцепції (сприйняття людини людиною), які відчувають сліпі. Неможливість або обмеженість візуального сприйняття і орієнтація на голос, особливості мови, відчутні сприйняття часто не дають сліпому достатніх знань про партнера по спілкуванню. Це може посилюватися неадекватними установками зрячих до сліпих, зумовленими косметичними дефектами останніх, незнанням їх

психологічних особливостей, нерозумінням. За словами А. Г. Литвака становлення міжособистісних відносин між сліпими і зрячими підпорядковується загальним закономірностям. Але на цей процес впливають і перераховані нами фактори. Литвак також стверджує, що «... характерною особливістю системи міжособистісних відносин у змішаних колективах є широке поширення індиферентного ставлення сліпих один до одного і до зрячих. У силу цього в статусному колективі найбільш поширені категорії осіб, які перебувають в нейтральному або ізолюваному положенні» [3]. Це є свідченням недостатньої сформованості та згуртованості колективу. Можна припустити, що при належній постановці виховної та реабілітаційної роботи спеціаліста з соц. роботи специфічні особливості колективу, в яких навчаються або працюють інваліди по зору, відступають на задній план, поступляться місцем загальнопсихологічним і соціальним закономірностям формування колективу. Отже, всі згадані вище фактори зниження активності осіб з дефектами зору можуть бути подолані шляхом створення відповідних умов для успішного компенсаторного пристосування. Найважливішим із них є включення сліпих у діяльність, формування у них позитивної мотивації і установки. При правильній організації виховної та корекційної роботи залежність мотивів трудової та суспільно-корисної діяльності від стану зору буде відсутній, а активність осіб з порушеними функціями зору прийде в норму. Тому, одним з основних завдань реабілітаційної роботи з метою інтеграції інвалідів по зору в суспільстві є встановлення або відновлення соціальних контактів, тобто соціально-психологічна адаптація, а у пізно осліплених-реадаптація. Залежність процесів адаптації і реадаптації від особистості осліплого проявляється в існуванні чотирьох типів поведінки безпосередньо після втрати зору, виділених В.С. Сверловим[7]:

- Байдужо-млявий тип характеризується тривалим перебуванням в депресивному стані;
- Розважливо-вольовий тип спрямовує зусилля на подолання наслідків дефекту;

- Контрастний тип - характерна глибока депресія, яка змінюється мобілізацією сил на боротьбу з дефектом;
- Нестійкий тип характеризується регулярними змінами депресивного й оптимістичного настрою.

Слід зазначити, що у зрячих часто формуються суб'єктивні і неадекватні установки до сліпих. Це або негативна установка на уникнення, або псевдо позитивна установка, яка виявляється в жалості до сліпого, в прагненні взяти його під опіку. Причини таких установок різні. Перш за все - незнання психології сліпих, їх реальних можливостей, ставлення до сліпих як нещасних, не пристосованих до життя, неповноцінних людей. Легко ранимі, важко переживають свій дефект і тонко відчують ставлення партнера по спілкуванню сліпі не залишаються байдужими до подібних ситуацій, ускладнюючи подальші контакти, закріплюючи установку на уникнення зрячих. Все це веде до прагнення спілкуватися переважно з товаришами по нещастю, до створення мікрогруп, які складаються з інвалідів по зору, і в результаті до аутизму, тобто до відходу в свій внутрішній світ, випадання з життя суспільства. Ми вважаємо, що реабілітаційна робота зі сліпими може бути достатньо ефективною тільки за умови пропаганди тифлологічних знань серед осіб, які знаходяться у найближчому оточенні зрячих, виховання у них чуйного, тактовного, дбайливого ставлення до інвалідів, що не принижує гідність без жалості.

Соціально-психологічна адаптація дітей з порушеннями зору

Соціально-психологічна адаптація людей з порушеннями зору в даний час є однією з найважливіших проблем тифлопсихології. Проживаючи тривалий час в умовах замкнутого простору, (найчастіше таким є спеціальна школа чи інтернат), незрячі і слабозорі діти позбавлені можливості самостійно і повноцінно включатися в соціальне життя. Як вже було показано вище, вроджена або рано набута сліпота ускладнює

утворення соціальних зв'язків і відносин, а поява дефекту у людини зі сформованими навичками суспільної поведінки веде до їх розриву, зміщення. І в першому і в іншому випадку інвалід з зору випадає з колективу, що вкрай несприятливо впливає на його положення у ньому. У зв'язку з цим основним завданням реабілітаційної роботи з метою адаптації дітей-інвалідів по зору в суспільстві є встановлення соціальних зв'язків, тобто соціально-психологічна адаптація. У процесі реабілітаційної роботи із соціально-психологічної адаптації сліпих перед практичними працівниками спеціальних установ (шкіл, відновлювальних центрів, реабілітаційних кабінетів) виникають певні труднощі. Виникає необхідність подолати депресію, яка виникає як реакція на сліпоту, сформувані адекватні установки по відношенню до оточуючих, свого дефекту і діяльності, озброїти сліпих новими способами комунікації. *Першим етапом* соціально-психологічної адаптації слід вважати подолання депресії, пов'язаної з усвідомленням дефекту, на який інваліди з зору реагують вкрай болісно. Глибина і тривалість реакції залежать як від особливостей особистості, так і від темпу розвитку захворювання, його важкості і часу появи. Одночасно ведеться робота з подолання фрустрації, яка виникає в результаті появи в житті сліпого труднопреодолимих перешкод, постійно високого психічного напруження. В основі цієї роботи лежить формування способів поведінки, заснованих на руховому контролі. Але в спеціальних школах цілі і завдання навчання дітей з порушеннями зору найчастіше звужуються до інтенсифікації інтелектуального розвитку та формування тих знань і уявлень, які дозволяють успішно здати іспити і вступити до інших навчальних закладів. За свідченням фахівців випускники середніх спеціальних навчальних установ закритого типу переживають велику кількість психологічних труднощів і проблем, пов'язаних з їх інтеграцією в суспільство здорових людей. Поняття інтеграції в тифлопсихології передбачає процес входження людини з порушеннями зору в суспільство на рівних правах з нормальними людьми. Закритість і відгородженість спеціальних навчальних закладів від зовнішнього світу обмежує соціальний

досвід дітей-інвалідів, ускладнює формування комунікативних навичок. Наслідком цього є не тільки труднощі при орієнтуванні в просторі, адекватному усвідомленні дефекту зору, налагодженні комунікативних зв'язків випускників спеціальних шкіл-інтернатів, але і непоінформованість суспільства про реальні можливості і психологічні особливості дітей з порушеннями зору. Для більшості незрячих і слабозорих дітей першим досвідом входження у соціальну групу є вступ до школи. На думку фахівців від того, наскільки успішно буде проходити становлень особистості незрячого дитини в шкільній групі, залежать його можливості інтеграції в суспільство в майбутньому. У зв'язку з цим зростає актуальність організації цілеспрямованого психологічного супроводу сліпих та слабозорих дітей з моменту їх вступу до школи, в рамках якого психологами і тифлопедагогами здійснювалася б робота щодо зниження труднощів соціально-психологічної адаптації на всіх етапах розвитку особистості дитини. А.В.Петровський, визначаючи розвиток особистості в соціальному середовищі, стверджує [6]: "У тому випадку, якщо індивід входить у відносно стабільну соціальну спільність, він закономірно проходить три фази свого становлення в ній як особистості". Перша фаза становлення особистості, відповідно до концепції А. В. Петровського, передбачає засвоєння діючих у спільності норм оволодіння відповідними формами і засобами діяльності, і позначається як фаза адаптації. Друга фаза, що позначається як *фаза індивідуалізації*, зумовлена "загострюється протиріччям між досягнутим результатом адаптації - тим, що він став таким, як усі в групі, - і незадоволеною на першому етапі потребою індивіда в максимальній персоналізації". Третя фаза позначається А.В. Петровським як фаза інтеграції [6]. "У рамках цієї фази у груповій діяльності в індивіда складаються новоутворення особистості, яких не було у нього і, можливо, немає і в інших членів групи, але які відповідають необхідності і потребам групового розвитку і власної потреби індивіда здійснювати значущі" внески "в життя групи". Відповідно до цієї теорії кожна з перерахованих фаз виступає як момент становлення особистості в її найважливіших проявах і

якостях. Таким чином, якщо людині не вдається подолати труднощі першого, адаптаційного періоду і вступити в другу фазу розвитку, у нього, швидше за все, будуть формуватися якості конформності, залежності, безініціативності, з'явиться боязкість, невпевненість в собі і в своїх можливостях. Це положення ще раз доводить необхідність психологічного супроводу сліпих та слабозорих дітей, тому що успішне подолання труднощів соціально-психологічної адаптації багато в чому визначає подальший хід інтеграції дітей з порушеннями розвитку в суспільство.

Виділяються три аспекти адаптації дітей з порушеннями зору:

- 1) адаптація особистості до предметного світу;
- 2) адаптація особистості до соціального середовища;
- 3) адаптація особистості до власного «Я».

У першому випадку мова йде про досягнення мобільності, самостійності, впевненості, тобто виділяється операціонально-діяльнісна сторона, пов'язана з формуванням умінь і навичок, необхідних незрячому для самостійного життя. *Другий аспект пов'язаний із взаємодією незрячого зі своїм соціальним оточенням, з активністю цього оточення по залученню його в колектив і трудове життя, тобто в першу чергу у взаємовідносинах зрячих і незрячих. Третій аспект адаптації пов'язаний з оцінкою власного становища в суспільстві, зі ставленням до свого дефекту, з переживанням свого «Я».* У цілому ж реабілітація інваліда по зору в особистісному плані виступає як проблема становлення внутрішньої саморегуляції особистості. Вони погано навчені орієнтуванню в просторі, соромляться використовувати тростину. Причиною непідготовленості до самостійного життя цих людей, на думку багатьох вчених [1; 3; 6; 7] є замкнута, відірвана від реальних життєвих проблем, система навчання у школі-інтернаті для сліпих дітей. У результаті включення в діяльність починається процес подолання

психологічної кризи, виходу зі стану психологічного конфлікту. Цей процес має поетапний характер. В.С.Мерлін виділяє чотири фази [5]:

- 1) фаза бездіяльності, якої супроводжує глибока депресія;
- 2) фаза заняття, на якій інвалід включається в діяльність з метою відволіктися від важких думок про свою інвалідність;
- 3) фаза діяльності, для якої характерно прагнення реалізувати свої творчі можливості;
- 4) фаза поведінки, коли складається характер і стиль діяльності інваліда, визначають весь нею подальший життєвий шлях. Вирішальним моментом у соціально-психологічній реабілітації є відновлення соціальних позицій інваліда. Останнє істотно залежить від установок інваліда по відношенню до зрячим, праці, громадської діяльності, самої себе і свого дефекту. Ці установки формуються в процесі діяльності. Адекватність цих установок перш за все залежить від того, наскільки успішно виконується діяльність. Тому основною умовою соціально-психологічної адаптації та реадaptaції є включення інваліда в колективну діяльність, виховання його в колективі і через колектив. Саме в колективі складається у інваліда правильне ставлення до свого дефекту, що є вирішальним чинником реабілітації.

Вчений Литвак вважав [3], що складність вивчення психіки сліпих і слабозорих полягає в тому, що в них досить різноманітний характер захворювання й ступінь порушення основних зорових функцій (гострота зору, поле зору тощо).

Литвак виділив особливості психічного розвитку сліпої або слабозорої дитини [3].

- По-перше, ряд психічних процесів (відчуття, сприйняття) виявляються в прямій залежності від глибини дефекту, а деякі психічні функції (кольоровідчуття, швидкість сприйняття й ін.) залежать також і від характеру патології;

- по-друге, є психічні процеси і стани, на які порушення зору здійснюють опосередкований вплив (наприклад, мислення, розвиток якого до певного моменту залежить від порушень в галузі сприйняття та уявлення);

- по-третє, є такі структурні компоненти психіки, які ні від глибини дефекту, ні від характеру патології зору виявляються незалежними (світогляд, переконання, темперамент, за винятком його зовнішніх проявів, моральні риси характеру і таке інше).

Клопота Є.А.[2], досліджуючи особливості переробки інформації й формування просторових уявлень в осіб з порушенням зору, прийшов до висновку, що процес розпізнавання образів і обробки інформації у зрячих і тотально сліпих людей ідентичний. Однак, він відрізняється швидкістю й динамікою одержання інформації з навколишнього середовища. Незрячі люди перебувають як би на один крок до "стартової лінії", тобто їм потрібен додатковий час і енергетичні ресурси для розпізнавання й обробки інформації, на основі якої формується образ світу. Високий рівень орієнтації й адекватних уявлень про навколишню дійсність можна досягти шляхом постійного збагачення образів і практичного наробітку навичок ходіння й переміщення в просторі. Необхідно використовували аналізатори, що залишилися, а також тренувати їх.

При порушенні зору виникає ряд вторинних відхилень: відхилення у фізичному розвитку, спостерігається обмеження рухової активності дитини; при значній або повній втраті зору порушуються координація, витривалість, швидкість і ритм рухів та ослабляються пізнавальні процеси. Так на думку, Кузнецової, сліпота та глибокі порушення зору викликають відхилення у всіх видах пізнавальної діяльності. Знижується кількість одержуваної дитиною інформації й змінюється її якість. Відбуваються якісні зміни системи взаємин аналізаторів виникають специфічні особливості в процесі формування образів, понять, мови, у співвідношенні образного й понятійного мислення, орієнтуванню в просторі. Значні зміни відбуваються у фізичному розвитку: порушується точність рухів, знижується їхня інтенсивність. Отже, в дитині формується своя, дуже своєрідна

психологічна система, якісно й структурно не схожа із системою дитини, яка нормально розвивається.

Дослідження Синьової, присвячені вивченню ролі глибини порушення зору у формуванні особистості показали, що [7]: "... існування інваліда за зором у соціальних групах, об'єднаних за ознакою подібності ушкоджених функцій, якими є колективи спеціальних шкіл-інтернатів, орієнтує його на вироблення у собі складових особистості, які відповідають ціннісним орієнтирам саме цієї групи. Зокрема такими є особливості спрямованості особистості, обмеженої можливостями перцептивного досвіду, та такої, яка протягом шкільного дитинства здебільшого засвоює цінності групи, властиві спеціальній школі-інтернату для дітей з порушеннями зору"[7].

Аналізуючи особливості розвитку слабозорих дітей, слід вказати, що вони (на відміну від дітей із тотальними порушеннями) не завжди повною мірою усвідомлюють свій дефект. Аналіз психосемантичних уявлень зрячих і незрячих людей про сліпоту, показав, що у суспільстві досить поширений стереотипний образ "типового сліпого", - образу, який, включаючись у структуру взаємин зрячих і незрячих у соціумі, накладає відбиток на формування їх уявлень один про одного, а також незрячих про себе. Головна особливість цього образу - переоцінка серйозності наслідків дефекту. Іншими словами, зрячій людині соціальна позиція і життя незрячого уявляється більш безнадійною і трагічною, ніж це є насправді. Проте, добре адаптована незряча особистість почуває себе досить упевнено, принаймні у певних галузях життя і діяльності.

Таким чином, провідний вплив на формування повноцінної незрячої особистості надають саме позитивні умови соціального оточення.

Контрольні запитання і завдання

1. Назвіть і охарактеризуйте особливості розвитку людини з порушеннями зору. Які основні причини порушення зору.

2. Охарактеризуйте відому вам класифікацію осіб з порушеннями зору та розкрийте її значення для освітньої та корекційно-реабілітаційної практики.
3. Які ви знаєте сучасні технічні інформаційно-освітні засоби соціалізації сліпих.
4. Назвіть і охарактеризуйте психолого-педагогічні правила поведінки зрячих з особами, які мають глибокі порушення зору.
5. Назвіть основні етапи адаптації незрячих у колектив зрячих.

Список використаних джерел

1. Адрогє Г. Дж. - Дыхательная недостаточность / Г.Дж. Адрогє, М.Дж. Тобин .-М.,2003.-511с
- 2.Клопота Є. А. Особливості формування "Я-образу" в осіб з вадами зору [Текст] : дис... канд. психол. наук: 19.00.01 / Клопота Євгеній Анатолійович; Харківський держ. педагогічний ун-т ім. Г.С.Сковороди. - Х., 2004. - 182 арк.: рис. - арк. 159-176.
3. Литвак А. Г. Психологія сліпих та слабозорих: навч.посібник [Текст] / А.Г. Литвак. - СПб.: Вид-во РГПУ, 1998. —342с.
4. Лубовский В. И. Специальная психология: учебное пособие [Текст] / В.И.Лубовский. - 2-е изд., испр.- М.: Издат.центр, «Академия», 2005.- 389с.
5. Мерлин В. С. Личность и общество [Текст] / В.С. Мерлин. — Пермь, 1990. —С.45-78.
6. Петровский А.В. Основы теоретической психологии [Текст] / Петровский А.В., Ярошевский М.Г. – М., 1998.- 421с.
7. Сверлов В. С. Пространственная ориентировка слепых [Текст] / В.С.Сверлов. –М.,2008. – 345с.
8. Синьова Є. П. Рельєфно-крапкове письмо сліпих. Шрифт Л.Брайля: навчальний посібник [Текст] / Синьова Є.П. – К.,2003. – 108 с.
9. Соціально-психологічна адаптація інвалідів з вадами зору до навчання у вищих навчальних закладах [Текст] : дис... канд. психол. наук: 19.00.08

/ Гребенюк Тетяна Миколаївна; Національний педагогічний ун-т ім. М.П.Драгоманова. - К., 2008. - 215 .

- 10.Корекція психічного розвитку в процесі навчання молодших школярів з аномаліями зору [Текст] : автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.07 / Тиха Еліна Вікторівна; Інститут психології ім. Г.С.Костюка АПН України. - К., 2001.. - 19 с.

Тема 3. Особливості розвитку, навчання та виховання особистості при порушеннях інтелекту, ЗПР, відхиленнях емоційно-вольової сфери та соціальної поведінки.

Тема 3. 3.1. Розумово відсталі діти

План

1. Особливості розвитку людини з порушеннями інтелекту і психічними захворюваннями.
2. Поняття, рівні і форми розумової відсталості.
3. Класифікація психічного недорозвитку.
4. Основні психологічні особливості розвитку та навчально-пізнавальної діяльності розумово відсталих учнів.
5. Відмінності розумової відсталості від затримки психічного розвитку та подібних станів
6. Психологічні особливості розвитку психічних процесіву дітей з порушеннями інтелекту.
7. Особливості розвитку нормальної та розумово відсталої дитини.

Особливості розвитку людини з порушеннями інтелекту і психічними захворюваннями

Психологія розумово відсталих дітей - один з напрямів спеціальної психології, що розглядає динаміку пізнавальної діяльності та особистості розумово відсталих дітей. Розумово відсталою називають таку дитину, у якої є стійке порушення пізнавальної діяльності внаслідок органічних ушкоджень головного мозку. Починаючи з XVIII ст. увагу таких психіатрів,

як Ж. Ескіроль, Е. Сеген, Ф. Гальтон, А. Біне, Е. Крепелін, Дж. Кеттел, зосередилося на вивченні та аналізі виражених порушень розумового розвитку. Основне завдання, яке стояло перед ними, було визначення зв'язку інтелектуальної недостатності з душевними, психічними захворюваннями та оцінки глибини цих порушень.

З середини ХІХ ст., коли в багатьох європейських країнах стала вводитися загальна початкова освіта, питання виявлення інтелектуальної недостатності, що перешкоджає засвоєнню шкільних знань, привернуло увагу не тільки медиків, а і педагогів, а потім і психологів. До цього ж часу відноситься і поява допоміжних класів і шкіл, куди скеровувались діти без ознак душевних хвороб, які не засвоюють програму загальноосвітнього навчання. У вітчизняній науці розгляд різних проявів розумової відсталості, відмежування олігофренії як форми вродженого психічного недорозвинення від душевних захворювань прогресуючого (прогресивного) характеру почалося дещо пізніше - на початку ХХ ст. і стало предметом широкого вивчення не тільки в медицині (І. П. Кащенко, Г. І. Россолімо), але і в дефектології, яка виникла в 20-і рр.. ХХ ст. зусиллями Л. С. Виготського, що об'єднала дослідження лікарів, психофізіологів, психологів, педагогів і що отримала свій розвиток в працях учнів і послідовників видатного психолога.

Як правило, психічні хвороби зумовлені патологією головного мозку й проявляються у вигляді розладів психічної діяльності. Причини виникнення психічних захворювань бувають внутрішньо обумовлені (ендогенні) і зовні обумовлені (екзогенні). Перші визначаються в основному конституційно-генетичними факторами - це, наприклад, шизофренія і маніакально-депресивний психоз. Інші зумовлені впливом зовнішнього середовища - як наприклад, алкогольні або інфекційні психози, травматична епілепсія тощо.

Поняття, рівні і форми розумової відсталості

1. *Епілепсія* - це хронічне захворювання, яке характеризується наявністю епізодично виникаючих розладів свідомості та настрою. Захворювання у більшості випадків призводить до поступової зміни особистості і

своєрідному зниженню інтелекту. Радикального методу лікування епілепсії не існує, але в цей час за допомогою медикаментозних засобів можна домогтися припинення припадків у 60-80 % випадків. Характерна ознака епілепсії - раптовий судорожний припадок. Припадки бувають різних типів, але в основі кожного з них лежить аномальна й дуже висока електрична активність нервових кліток головного мозку, внаслідок якої виникає розлад. Іноді за декілька днів до припадку з'являються передвісники у вигляді поганого самопочуття, дратівливості, головного болю. Під час припадку епілептик непритомніє, падає, у нього починаються судоми, зіниці очей не реагують на світло. Тривалість припадку -3-4 хвилини. Частота припадків може бути різною: від щоденних до одного-двох разів на рік. Бувають і припадки, які не супроводжуються судомами, а короткочасною втратою свідомості.

Епілептичний синдром ("симптоматична епілепсія" деяких авторів - Х. Г. Ходос, 1974) спостерігається при пухлинах головного мозку, енцефалітах, гіпертонічній хворобі і церебральному атеросклерозі, хронічних психічних захворюваннях на віддалених етапах їхньої динаміки, паразитарних захворюваннях головного мозку, хромосомних хворобах. На припадки епілепсії вказують: їхня багаторазовість, повторення при кожному підйомі температури, поява при невисокій температурі (нижче 38°), вік старше трьох- чотирьох років. Епілептичні реакції особливо легко виникають при підвищеній судорожній готовності. Їхнє повторення може призвести до формування епілепсії. "Рефлекторна" епілепсія припадку пов'язана із сенсорними подразниками. Аудіогенні припадки провокуються раптовими акустичними стимулами, фотогенні - оптичними. Припадки можуть з'являтися під впливом тактильних, пропріоцептивних і вісцеральних стимулів (дотик до тіла, різкий рух, біль). Ритмічно повторювані подразники також можуть призвести до припадку (мелькання вагонів зустрічного поїзда, електричних стовпів, смуг "зебри" на пішохідних ділянках дороги; зображень на телеекрані -"телевізійна епілепсія"). Припадки провокуються іноді складними, але строго певними діями (так,

припадки у хворого виникають щоразу, коли він підходить до раковини, включає кран, і коли вода починає текти, непритомніє). Іноді припадки бувають у зв'язку з бурхливими емоціями - афект-епілепсія. Можуть бути припадки, пов'язані зі сприйняттям музики - музикогенна епілепсія.

З погляду патопсихології, зміни особистості за епілептичним типом - це сповільненість всіх психічних процесів, схильність до застрягання на деталях, неможливість відрізнити головне від другорядного, напади розладів настрою. Самооцінка звичайно завищена, рівень інтелекту коливається від відносної норми до олігофренії. При епілептичних змінах особистості (з 5-6 років) характерні упертість, схильність до застійних емоцій, важко переносять зміни в стилі життя, цінують стабільність у всьому. Результатами хвороби є слабкість комбінаторних здібностей, погіршення відтворення минулого досвіду. Хворі довго пам'ятають образу, мстять за неї. Характерний карикатурний педантизм у побуті. Істотною ознакою епілептиків є інфантилізм, який виражається у незрілості думок тощо. Обличчя цих хворих малорухливе, маловиразне, мімічні реакції бідні, у них спостерігається скупа стриманість жестикуляції. Позитивними якостями особистості дітей є наполегливість, працелюбність та акуратність.

Характеризуючи особливості особистості та поведінки дітей-епілептиків, С. Я. Рубінштейн зазначає, що деколи у них замість припадку виникають "еквіваленти" - стани зміненої свідомості [11]. Під час цих станів діти можуть бігти, лізти з вікон, схопити важкі предмети та вдарити будь-кого. У дитячому колективі треба слідкувати за можливою двоякістю поведінки дитини (шанобливість до сильних та деспотичність до слабких).

2. *Олігофренія* - одна з груп розумової відсталості, різна за етіологією і патогенезом хворобливих змін, які об'єднані загальним клінічним проявом недорозвинення головного мозку. Олігофренія характеризується вродженим або набутих у ранньому дитинстві (до 3 років) загальним психічним недорозвиненням. Підвищенню кількості розумово відсталих сприяє такий чинник, як жіночий алкоголізм і куріння під час вагітності.

Як зазначають В. М. Синьов, М. П. Матвєєва, О. П. Хохліна та інші вчені, олігофренія визначається не етіологічними чинниками, а раннім впливом цих чинників на мозок. Тобто дуже різноманітні спадкові, вроджені, набуті шкідливості в пренатальний та ранній постнатальний періоди зумовлюють загальний психічний недорозвиток.

При олігофренії спостерігається стійке недорозвинення психіки, що проявляється не тільки у відставанні від норми, але і у глибокій своєрідності. Діти з олігофренією здатні до розвитку, але він здійснюється уповільнено, атипічно. Вони становлять значну частину розумово відсталих. Менша за чисельністю група - особи, у яких розумова відсталість виникла після трьох років. У результаті травм головного мозку, різних захворювань (менінгіту, енцефаліту, менінгоенцефаліту) відбувся розпад уже сформованих психічних функцій. Ці стани називають деменцією.

З урахуванням клініко-генетичних особливостей олігофренію розділяють за етіологією на 4 групи:

1. Олігофренія унаслідок спадкових захворювань (генні, хромосомні). Генні виникають унаслідок ендогенних дій у вигляді дефектів обміну речовин. При хромосомних захворюваннях (синдром Дауна) етіологічними чинниками є: вік матері 35-45 років, підвищена іонізуюча радіація, вірусна інфекція, інтоксикації (7-15 % всіх випадків).

2. Олігофренія унаслідок дії шкідливих чинників в період внутрішнього розвитку складає 70 % всіх випадків. До таких чинників відносять інфекції (краснуха, грип); біологічну несумісність крові матері і дитини (резус-конфлікт); ендокринні порушення (кретинізм); родові ускладнення (вузький таз, передчасне відходження вод, аноксія).

3. Олігофренія унаслідок дії шкідливих чинників в постнатальний період. До них відносять: перенесені в ранньому дитинстві ускладнення грипу, кору, краснухи (менінгіт, енцефаліт).

4. Олігофренія як наслідок негативних психосоціальних впливів (сімейні умови в ранньому дитинстві).

Класифікація олігофренії за рівнем прояву має практичне значення для визначення можливості навчання, рівня соціальної адаптації.

Виділяють такі рівні розумової відсталості: дебільність, імбецильність, ідіотія

1. *Дебільність* - незначний рівень розумової відсталості. Ця категорія осіб становить більшість серед страждаючих на розумову відсталість (70-80 %). Вони як правило пізніше починають ходити, говорити, у більш пізній термін опановують навички самообслуговування. Вони мало цікавляться навколишнім: не досліджують предмети, не прагнуть довідатися про них у дорослих, байдужі до процесів і явищ, які відбуваються у природі й соціальному житті. До кінця дошкільного віку їхній активний словник бідний. У молодшому дошкільному віці в них переважають безцільні дії з іграшками, до старшого дошкільного віку з'являються предметно-ігрові дії.

Діти-дебіли здатні до цілеспрямованих видів діяльності, можуть передбачати наслідки своєї активності, якщо зробити їх предметом усвідомлення. Проте досить часто під впливом нагальних потреб вони виявляються схильними до імпульсивних необдуманих вчинків. Емоційно-вольова сфера у дітей-дебілів первинно збережена. Тому вони у доступних їхньому розумінню ситуаціях діють адекватно. Проте характерними при дебільності є незрілість, інфантильність емоцій, слабкість волі, знижена спроможність докладати вольові зусилля.

Якщо у дитячому садку дитина не отримала спеціальної педагогічної допомоги, то виявляється не готовою до шкільного навчання. Часто діти з незначною розумовою відсталістю виховуються в умовах масового дитячого садка, але потрапляючи в загальноосвітню школу, вони відразу ж зазнають значних труднощів у засвоєння навчальних предметів. З віком ці діти до моменту випуску зі школи за своїми психометричними та клінічними проявами мало чим відрізняються від дітей, які нормально розвиваються.

2. *Імбецильність* є помірним рівнем розумової відсталості. Імбецильність, за міжнародною класифікацією, поділяється на легку та

виразну. Це порушення виявляється у ранні періоди розвитку дитини. Діти опановують ходьбу після трьох років. Мова з'являється до кінця дошкільного віку і представляє собою окремі слова, рідко фрази. Істотно страждає моторика, тому навички самообслуговування формуються із працею й у більш пізній термін. Пізнавальні можливості різко знижені: грубо порушені відчуття, сприйняття, пам'ять, увага, мислення. Основною рисою, характерною для осіб даної категорії, є нездатність до самостійного понятійного мислення. Наявні поняття носять конкретний побутовий характер, діапазон яких дуже вузький. Ці діти цілком здатні опанувати навички спілкування, соціально-побутові навички та грамоту. Однак вони не можуть вести самостійний спосіб життя, мають потребу в опіці. У дошкільному віці діти можуть відвідувати спеціальні дитячі садки для дітей з порушенням інтелекту, а у 7-8 років вони можуть бути прийняті в спеціальні (корекційні) школи.

3. *Ідіотія* - найважчий рівень розумової відсталості. Діагностика цих грубих порушень можлива вже на першому році життя дитини. Серед численних ознак особливо виділяються порушення статичних і моторних функцій: неадекватна реакція на крутіння пізніше поява навичок стояння, ходьби, слабкий інтерес до навколишніх об'єктів і гри.

Поведінку ідіотів називають польовою, оскільки вона повністю залежить від зовнішніх стимулів, не підлягає усвідомленню та не має конкретних цілей. У деяких випадках при ідіотії спостерігається парадоксальне збереження окремих психічних функцій та здібностей. На тлі глибокої інтелектуальної неповноцінності може спостерігатися вражаюча механічна пам'ять, музичні та інші здібності тощо.

У дорослих різко порушені процеси пам'яті, сприйняття, уваги мислення, знижені пороги чутливості. Їм недоступно мислення про навколишнє, мова розвивається вкрай повільно і обмежено або не розвивається взагалі. Повільно й важко формуються елементарні навички самообслуговування.

Класифікація психічного недорозвитку

Класифікація психічного недорозвитку (за Д. М. Ісаєвим) [5]:

1. *Астенічна форма* характеризується неглибоким порушенням інтелекту. У структурі інтелектуального дефекту в дітей спостерігається порушення шкільних навичок, які діагностуються, як правило, на початку шкільного навчання. У ранньому дитинстві й у дошкільні роки батьки таких дітей не помічали відставання у їхньому розумовому розвитку. У більшості з них спостерігалися недорозвинення мови й емоційно-вольова нестійкість. У структурі інтелектуального дефекту цієї групи дітей переважали недорозвинення зорово-просторових функцій, труднощі встановлення послідовних умовиводів у розповідях, знижений рівень узагальнень.

2. *Атонічна форма.* Поряд з інтелектуальною недостатністю різного рівня глибини в дітей із цією формою психічного недорозвинення спостерігається аспонтанність, бідність, невиразність емоцій. Це проявляється в зниженій потребі в емоційних контактах і міжособистісних комунікаціях. Окрім того, на тлі розумової відсталості в дітей цієї групи спостерігається виражена нездатність до психічного напруги, що проявляється в надмірному відволіканні, у руховому занепокоєнні і таке інше.

3. При *дисфоричній формі* психічного недорозвинення у дітей на тлі розумової відсталості спостерігається виражена афективна напруженість.

4. *Стенічна форма* психічного недорозвинення характеризується нерівномірним розвитком інтелектуальних, мнемічних і емоційно-вольових процесів. У хворих яскравіше виражені й стійкі спонуки й потяги, які сприяють формуванню у них завзятості в подоланні перешкод.

Характеризуючи загальний психічний розвиток розумово відсталих дітей можна відмітити, що недорозвиток пізнавальної діяльності пов'язаний з дефектами мови і виражається в обмеженні активного словника в порівнянні з пасивним. Пасивна увага більш підлягає зберіганню, ніж активна і довільна. Механічна пам'ять задовільна в порівнянні із смисловою пам'яттю. Недостатність мови, емоцій, пам'яті виявляється менше, ніж

недорозвинення мислення. Недорозвинення пізнавальної діяльності приводить до специфічних порушень вольової сфери особистості в цілому. Особливістю емоційної сфери є недорозвинення складніших диференційованих емоцій.

Розкриваючи особливості психомоторики дітей-олігофренів можна зазначити, що тип рухової недостатності при різних клінічних формах олігофренії неоднаковий і залежить від багатьох чинників: місця ураження мозку, рівня інтелекту і таке інше. Зрозуміти особливості порушення психомоторики глибоко розумово відсталих дітей можливо, опираючись на рівневу теорію організації руху М. А. Бернштейна. Рухові прояви глибоко розумово відсталих дітей відображають недостатність психологічної організації рухів. Особливо виражена недостатність у другій сигнальній організації рухів. Слово не несе значеннєвого навантаження, не є регулятором рухової діяльності. Недостатність значеннєвого предметного рівня організації рухів викликає компенсаторне виконання рухового акту на більш збереженому просторовому рівні. Порушення в основних рухових актах (ходьба, біг, стрибки) характерні для розумово відсталих дітей дошкільного і шкільного віку. Неправильна хода (дискоординація ніг і рук, скутість, неритмічність, зайві рухи) відмічена у 40-50 % олігофренів. Порушення в бігових вправах (неузгодженість рук і ніг, нерівномірність рухів за амплітудою, зайве обертання тулуба, скутість плечового поясу) відмічені у 50-60 %. Невміння стрибати на одній і двох ногах відмічено у 90-100 %. Спостерігаються ускладнення при повзанні, лазінні, метанні. Порушення дрібної моторики особливо характерне при олігофренії, оскільки проекційна зона руки в корі головного мозку займає найбільшу площу.

Таким чином, ядерним симптомом при психічному недорозвитку є порушення мислення, яке негативно впливає на розвиток всіх інших психічних функцій.

3. *Шизофренія* - психічне захворювання, яке протікає зі швидкими або повільними змінами особистості, такими як зниження енергетичного

потенціалу, що прогресує, інтровертованість, емоційне збіднення, викривлення психічних процесів. Хвороба може розпочатися в будь-якому віці, але частіше це відбувається в 15-25 років, і чим раніше це проявляється, тим більш несприятливий її прогноз. Відповідно до статистики, біля 60 % відсотків хворих непрацездатні. Існує багато форм шизофренії, наприклад, шизофренія з нав'язливостями, з астено-іпохондричними проявами (психічна слабкість із хворобливою фіксацією на стані здоров'я), паранояльна шизофренія (стійке систематизоване марення переслідування, ревнощів, винахідництва й таке інше), галюцинаторно-параноїдна тощо.

При шизофренії виражене порушення сприйняття, мислення, емоційно-вольової сфери. Часто хвороба приводить до розриву колишніх соціальних зв'язків, зниженню психічної активності, значної дезадаптації хворих у суспільстві. У хворих шизофренією відзначається зниження, притуплення емоційності, стан апатії (тобто байдужність до всіх явищ життя). Хворий стає байдужним до членів родини, втрачає інтерес до навколишнього, втрачає диференційованість емоційних реакцій, у нього з'являється неадекватність у переживаннях. Має місце порушення вольових процесів: зниження вольового зусилля, що доходить до хворобливої безвільності. Мислення хворих на шизофренію відносно зберігає формально-логічні зв'язки, але відбувається перекручування процесу узагальнення в сполученні з порушеннями послідовності й критичності мислення. Також у них відзначається порушення актуалізації минулого досвіду. Тому для мислення шизофреніків характерні розпливчастість, примхливість.

Таким чином, основними особливостями психіки дітей-шизофреніків є розлади мислення та емоційна тупість.

Історичні аспекти дослідження розумово відсталих дітей

Наука, яка вивчає особливості розвитку психічних процесів (відчуттів, сприймання, пам'яті, мовлення, мислення та ін.) а також емоційно-вольової сфери, рис характеру та особистості розумово відсталої дитини, називається олігофренопсихологією.

Ще з давніх часів особи, які страждали важкими порушеннями фізичного та психічного розвитку, вивчались філософами, лікарями та педагогами, у той час як легкими формами слабоумства зацікавились тільки у 19 ст. Суттєвого значення для подальшого розвитку загальної та спеціальної психології набули найважливіші відкриття 19 ст. в галузі анатомії та фізіології головного мозку, нові дані про структуру та функції його окремих частин. Олігофренопсихологія як наука почала свій розвиток тільки після 1917 року. Замість незначної кількості притулків та приватних шкіл завдяки особистим зусиллям прогресивних діячів (І.В.Маляревського, К.К.Грачової, В.П.Кашенка, М.П.Постовської, О.М.Граборова) була організована широка мережа спеціальних допоміжних шкіл. Велика роль у формуванні науково-теоретичних основ спеціальної психології належить видатному радянському психологу Л.С.Виготському, чії праці в галузі загальної та дитячої психології одержали широке визнання в усьому світі. Талановитий вчений осмислив та розкрив природу розумової відсталості, показав соціальну значущість надання допомоги аномальним дітям. Л.С.Виготський піддав гострій критиці реакційну теорію "моральної дефективності" (розумова відсталість ототожнювалась з "моральною дефективністю" як наслідок біологічно зумовленої моральної потворності) [1]. Він вважав, що антисоціальність є результатом несприятливих умов життя та виховання. Л.С.Виготський визнавав, що розвиток аномальної дитини буде відбуватись на фоні основного дефекту розумової недостатності, тому можливості для достатньо повного розвитку вищих форм пізнання виявляються для неї закритими, однак є обхідний шлях у створенні вищих форм поведінки і у такої дитини — це система коригуючого виховання та навчання. Таким чином, розумово відстала дитина може досягти певного рівня розвитку, вона потребує створення сприятливих умов, які будуть основою компенсації інтелектуального дефекту.

Другий важливий аспект, висунутий Л.С.Виготським [1], — врахування "зони найближчого розвитку" дитини. Смысл його полягає у тому, що педагог повинен у своїй роботі спиратись не тільки на знання та вміння,

набуті дитиною, а й враховувати, як виконує учень в процесі навчання ті завдання, які ще нещодавно самостійно виконати не міг. Навчання повинно "забігати наперед" і підтягувати розвиток дитини за собою, що сприяє переходу із зони актуального розвитку у зону найближчого розвитку[1].

На початку 30-х років під керівництвом Л.С.Виготського вперше в світі радянськими психологами (Л.В.Занковим, Н.Г.Морозовою, М.С.Певзнер, І.М.Соловйовим, Ж.І.Шиф та ін.) було розпочато систематичне вивчення розумово відсталих дітей. Численні експериментальні дослідження виявляли, що завдяки шкільному навчанню багато недоліків, пов'язаних з чуттєвим пізнанням дійсності, пам'яттю, мисленням та мовленням, згладжуються, деякі з них частково долаються. Олігофрени, які навчаються, засвоюють (на доступному рівні) певну суму теоретичних знань та необхідних для самостійного життя трудовими навичок, що сприяє їхній соціальній адаптації.

Психологів, які вивчають розумову відсталість, об'єднує положення, висловлене Л.С.Виготським. Суть у тому, що при корекційному навчанні у олігофренів розвиваються такі види складної психічної діяльності, як довільна увага, осмислене запам'ятовування, складні форми аналізу та синтезу, процеси порівняння, узагальнення. Джерелом розвитку мислення як у нормальних, так і у розумово відсталих дітей є практична діяльність. Застосування засобів наочності сприяє розвитку наочно-образного мислення, засвоєння системи понять, дає можливість оволодіти елементарними формами логічного мислення [1].

Завдання олігофренопсихології, основні напрямки її досліджень

Для того, щоб глибше зрозуміти особливості інтелектуального розвитку дітей з інтелектуальною недостатністю, необхідно зрозуміти завдання, які досліджуються в олігофренопсихології. Узагальнено їх можна сформулювати таким чином:

- вивчення закономірностей та особливостей психічного розвитку розумово відсталих дітей з різноманітною структурою дефекту;

- подальше дослідження психологічних проблем, які підтверджують обґрунтованість компенсації дефекту під впливом корекційного навчання та виховання;
- розробка достовірних психологічних методів диференційної діагностики у систематиці інтелектуальних вад.

Відмінності розумової відсталості від затримки психічного розвитку та подібних станів

Під розумовою відсталістю слід розуміти стійке, незворотнє порушення пізнавальної діяльності, яке виникло у результаті органічного ураження головного мозку. У даному визначенні чітко виділяються два взаємопов'язані діагностичні критерії: психолого-педагогічний (стійке порушення пізнавальної діяльності) та клінічний (органічне ураження головного мозку). Відсутність одного з названих критеріїв призведе до неправильного, помилкового розуміння сутності розумової відсталості.

Розумова відсталість не є позначенням якогось конкретного захворювання. Це порушення інтелектуальної діяльності, а виникає воно на фоні ушкодженої нервової системи. Таким чином, розумова відсталість є загальним показником психічного розвитку дитини. Іноді несприятливі умови знижують пізнавальну діяльність дитини. Діти, які мають значні порушення у роботі зорового, слухового, мовленнєвого, рухового аналізаторів, без відповідної корекційної допомоги будуть відставати від нормально розвинених ровесників. Відомо також, що дитина, позбавлена правильних умов виховання, виявляє зниження пізнавальної діяльності та емоційно-вольової сфери. У описаних випадках має місце тільки одна з ознак — зниження пізнавальної діяльності, що явно недостатньо для того, щоб стверджувати, що дитина має розумову неповноцінність. За створення сприятливих спеціальних коригуючих умов діти з вадами зору, слуху, мовлення успішно розвиваються, якщо в них не відмічено другої ознаки — органічного ураження головного мозку.

Різні захворювання головного мозку — енцефаліти, менінгіти, а також поліомієліт, травми, гострі інтоксикації хімічними препаратами тощо є

важкими недугами. Проте захворювання нервової системи не завжди призводять до порушення пізнавальної діяльності, зокрема, до розумової відсталості.

Отже, у визначенні розумової відсталості суттєвою є нерозривність двох названих ознак, провідною з яких буде інтелектуальне порушення.

За всієї складності психологічної діагностики необхідно знати деякі критерії, що є принциповими при класифікації розумової неповноцінності:

- розумово відстала дитина з великими труднощами орієнтується у завданні, в більшості випадків їй потрібне пояснення, показ, багаторазовість повторення;

- спосіб діяльності при виконанні завдання вирізняється відсутністю обдуманості, послідовності, невмінням скласти план дій;

- діти з первинно збереженим інтелектом вміють користуватись допомогою дорослого, тоді як розумово відсталій дитині у подібній ситуації і після показу потрібне спеціальне навчання, а перенос засвоєної навички потребує багаторазового підкріплення;

- діти з первинними дефектами мовлення, слуху критично оцінюють результати своєї праці, при невдачах у доступних видах діяльності домагаються подолання помилок. Діти з розумовою відсталістю некритичні до себе, завищують оцінку своїх можливостей, не помічають припущених помилок, не прагнуть самостійно їх подолати.

Олігофренія і деменція

У сучасній психіатричній та психолого-педагогічній літературі до розумової відсталості відносять два стани порушень інтелекту: олігофренію та деменцію.

Олігофренія — стійкий недорозвиток складних форм психічної діяльності, що виникає внаслідок ушкодження центральної нервової системи на ранніх етапах онтогенезу (ембріональному, допологовому, натальному, постнатальному до віку 1,5-2 роки).

Психологічна характеристика олігофренії зводиться до незворотнього загального психічного недорозвитку з переважанням провідного

інтелектуального дефекту — слабкості аналітико-синтетичної діяльності, несформованості абстрактно-логічного мислення. Клінічна характеристика виключає наявність плинного хворобливого процесу у нервовій системі.

Олігофренії властиві такі ознаки:

а) ранні терміни ушкодження центральної нервової системи, при цьому хвороба не прогресує, дитина розвивається на дефектній основі;

б) недорозвиток пізнавальної діяльності, пов'язаний з уповільненням темпу психічних процесів, недосконалістю формування всіх інтелектуальних вмінь та навичок, несформованістю емоційно-вольової сфери та особистості в цілому. Разом з тим показники фізичного розвитку (вага, зріст) не є провідними при олігофренії.

Деменція — порушення сформованого інтелекту. Вона виникає в результаті перенесеного після 1,5-2 років або внаслідок плинного захворювання центральної нервової системи у дошкільному, молодшому шкільному або підлітковому віці. Існує багато форм прояву деменції.

Олігофренія характеризується несформованим інтелектом, можливості його становлення визначаються складністю перенесеного захворювання нервової системи: психічний розвиток у цьому випадку або неможливий (ідіотія), або ускладнений (імбецильність, дебільність).

Відмінною (від олігофренії) ознакою деменції є збідненість сформованого інтелекту та іноді наростаючий розпад психіки. Психологічні характеристики дементних дітей визначаються даними клініки (причини захворювання; час виникнення; міра складності), індивідуальними та типологічними особливостями дитини, мірою медичної та педагогічної допомоги хворому.

Деякі захворювання нервової системи (менінгіт, менінгоенцефаліт, нейроінфекції, травми) призводять до невеликих деструктивних змін у головному мозку. [У цих дітей інтелектуальна діяльність порушена негрубо]. Основні труднощі навчання та виховання цієї групи учнів пов'язані з порушенням уваги, працездатності, вольових дій, швидкою втомлюваністю.

Таким чином, за деяких форм деменції (коли відсутні плинні захворювання нервової системи) спостерігається пошкодження лише окремих аспектів особистості та пізнавальної діяльності, тоді як деменція, що супроводжується плинним нервово-психічним захворюванням (епілепсія, шизофренія, гідроцефалія, нейросифіліс тощо), часто призводить до очерствіння емоційно-вольової сфери, втрати інтелектуальних навичок та особистісних характеристик.

Диференційна психологічна характеристика дітей-олігофренів

Для допоміжної школи найбільш цінною та продуктивною у систематиці олігофренії є класифікація, розроблена М.С.Певзнер, побудована на основі клініко-патогенетичного принципу [8].

Виділяють такі основні форми олігофренії:

- 1) основна неускладнена;
- 2) ускладнена порушенням нейродинаміки;
- 3) олігофренія з психопатоподібними формами поведінки;
- 4) олігофренія з порушеннями різних аналізаторів;
- 5) олігофренія з виразною лобною недостатністю.

Основна неускладнена форма олігофренії характеризується недорозвитком складних форм пізнавальної діяльності за відносної збереженості нейродинаміки, емоційно-вольової сфери, працездатності, поведінки, цілеспрямованої діяльності. Такі діти складають основний контингент учнів допоміжної школи. Як правило, вони дисципліновані, врівноважені, успішно засвоюють навчальну програму, охоче та самостійно виконують різноманітні доручення, люблять та вміють працювати. Достатня збереженість їхньої емоційно-вольової сфери сприяє формуванню позитивних рис особистості. Не рідко неускладнена олігофренія важко диференціюється у дошкільному віці, тому діти з такою формою недоумства приходять у допоміжну школу після 1 -2 років неуспішного навчання у масовій школі.

При олігофренії, ускладненій нейродинамічними розладами, порушення пізнавальної діяльності поєднується з явищами психомоторної розгальмованості (збудливості), або загальмованості (гальмування). У першому випадку працездатність та психічний розвиток дитини будуть порушуватись через підвищену імпульсивність, неврівноваженість, рухову розгальмованість. Ці діти не можуть тривало зберігати працездатність, вони неуважні, неохайні, не можуть цілеспрямовано виконувати завдання. Часто, у випадку невдачі, відмовляються працювати, плачуть, конфліктують з учителями та ровесниками. У другому варіанті інтелектуальний недорозвиток посилюється загальмованістю. Такі діти все роблять повільно, часто не розуміючи змісту словесних інструкцій; їх не цікавить гра і все, що їх оточує; навчальні та трудові навички формуються у них дуже повільно.

Олігофренія, ускладнена психопатоподібними розладами, являє певну складність у педагогічній роботі, оскільки психічний недорозвиток звичайно супроводжується виразною афективністю, патологією потягів (ненажерливістю, сексуальністю тощо). Основне завдання у роботі з цими дітьми полягає в упорядкуванні їхньої поведінки, підпорядкуванні вимогам вчителя та вихователя.

Олігофренія, ускладнена порушеннями у системі окремих аналізаторів, характеризується виразними локальними ураженнями головного мозку. При цьому недоумство поєднується з дефектами зору, слуху, мовлення, опорно-рухового апарату.

5. При олігофренії, ускладненій важкими порушеннями функцій лобних ділянок мозку, виявляється грубий недорозвиток особистості з виразною некри-тичністю до ситуації. Недоліки пізнавальної діяльності у дітей виявляються на фоні порушених потреб, мотивів, інтересів, очерствілої емоційно-вольової сфери. Таких учнів у допоміжній школі небагато, проте вони потребують від педагогів підвищеної уваги та контролю, оскільки іноді у стані афекту можуть бути небезпечними для себе та оточуючих. Корекційна робота педагога повинна бути спрямована на виховання

позитивних якостей, вирівнювання поведінки, на трудотерапію, пом'якшення недоліків пізнавальної діяльності.

Психологічні особливості розвитку психічних процесів у дітей з порушеннями інтелекту

Психологічна характеристика формування та розвитку відчуттів і сприймань у розумово відсталих школярів

Порушення пізнавальної діяльності пов'язане у олігофренів з органічними змінами центральної нервової системи, наявністю різноманітних дефектів у периферійних відділах. За рахунок локального пошкодження мозку в них спостерігаються своєрідні порушення рухових відчуттів, які проявляються у слабкості, уповільненості, напруженості рухів. Значні труднощі розумово відсталі школярі відчувають при необхідності здійснювати одночасно ряд рухових актів та відповідно їх контролювати і регулювати. Однією з причин цього недорозвитку є порушення орієнтувальної діяльності, недоліки якої виявляються у відступі від поставленого завдання при виконанні складних рухових операцій та у відсутності необхідного критичного ставлення до одержаних результатів. До дефектів аналізаторної діяльності дітей-олігофренів слід віднести такі: косоокість, зміни очного дна, короткозорість. Факти, зібрані Ж.І.Шиф, дозволяють зробити висновок про те, що розумово відсталим дітям важко назвати певний колір, якщо він виражений недостатньо яскраво чітко, вони не бачать подібності між відтінками одного і того ж кольору.

Про розлади чутливості у розумово відсталих школярів свідчить виразна нездатність диференційовано аналізувати отриману сенсорну інформацію. Прикладом тому слугує пізній розвиток мовлення. За даними багатьох авторів (Л.І.Зесмана, Г.А.Каше, О.Р.Лурії), більше половини дітей-олігофренів починають розмовляти після трьох років, що пов'язано з загальним моторним недорозвитком та недостатністю фонематичного слуху. Патологічні зміни мозку дітей-олігофренів уповільнюють утворення нових нервових зв'язків, а сформовані — легко порушуються. Таким чином,

у розумово відсталих повільніше, ніж у нормальних дітей, утворюються зв'язки на звукові подразники, у тому числі і на мовленнєві; ще повільніше — на поєднання слова із зоровим подразником. Неточне слухове диференціювання близьких за звучанням подразників (фонем), недостатній розвиток мовно-рухових аналізаторів впливають одне на одного та затримують розвиток мовлення.

Одним із яскраво виражених недоліків мовлення розумово відсталих школярів є обмежене, а іноді й неправильне вживання прикметників при аналізі добре знайомих предметів. Спостерігається розрив між розрізненням якостей, їх називанням та використанням у практичній діяльності. У процесі корекційного навчання цей розрив долається: удосконалена чутливість, розвинене мовлення та розумова діяльність стають основою для більш точного осмислення предметів, явищ, життєвих ситуацій.

Навіть при неускладнених формах олігофренії у дитини віком до одного року виявляється уповільнення перцептивних функцій: реакції на світло, звук, "комплекс пожвавлення" на оточуючих. Затримується розвиток моторики: дитина починає пізніше сидіти, стояти, ходити. До другого року життя не виявляється чіткого інтересу до іграшок, дитина маніпулює з предметами, позбавленими ігрових функцій. Пізніше і дефектний розвиток мовлення не спонукає розумово відсталого до активної орієнтувальної діяльності. Як правило, така дитина не звертається до дорослого з питаннями "Що це?", "Чому?", не знає назв багатьох знайомих предметів. У дошкільному віці на перший план виступає відсутність ініціативи, спонукань до інтелектуальної діяльності.

Зниження темпу зорових сприймань відбувається за рахунок інертності кіркових процесів, уповільненості мислительних операцій — аналізу та синтезу. Тому необхідно організовувати сприймання у розумово відсталих школярів у більш тривалих проміжках часу. Уповільнений темп зорових сприймань обмежує орієнтацію у просторі. Оглядаючи навколишню обстановку, дитина з інтелектуальною недостатністю бачить та помічає менше об'єктів, ніж нормально розвинений її одноліток. У розумово

відсталих дітей нижчий рівень константності сприймання. Порушення просторових сприймань часто розглядають у психологічній літературі як один із найбільш характерних дефектів, властивих розумовій відсталості.

Впізнавання — більш складний етап сприймання, воно нерозривно пов'язане з пам'яттю, мовленням та мисленням. Сприймання у розумово відсталих школярів відрізняється узагальненістю, їм простіше впізнавати предмети, які значно відрізняються. Проте навіть за узагальненого неспецифічного впізнавання різнорідних предметів вони припускаються помилок.

Якщо перед розумово відсталими дітьми висувається вимога більш специфічного впізнавання, то вони діють не зовсім правильно. У навчанні дітей-олігофренів словесні знання повинні бути пов'язані з конкретними образами, уявленнями, тому принцип наочності є провідним у дидактиці допоміжної школи. Фактичний матеріал багатьох досліджень свідчить про недосконалий аналіз розумово відсталими дітьми зображених на картині об'єктів. Розумово відсталі школярі схильні до непослідовного перерахування того, що сприймають без співставлення об'єктів. Особливі труднощі дітей-олігофренів проявляються при сприйманні глибини зображення, аналізі складних ситуацій, пов'язаних з передачею емоцій, взаємостосунків персонажів, зображених на картині. Розумово відсталі недостатньо чітко осмислюють міміку людей та рухи тварин, що заважає правильно тлумачити сюжет.

Працюючи з ілюстративним матеріалом, вчитель повинен долати стійку звичку дітей-олігофренів перераховувати зображені предмети. Завдання за картинками, ілюстраціями повинні бути модифікованими, спрямованими на формування вміння аналізувати, співставляти, порівнювати, виділяти специфічні ознаки, правильно називати предмети.

Формування мовлення, зокрема, збагачення активного та пасивного словника дуже сприятливо впливає на розвиток сприймання. Необхідно навчити дітей користуватись термінами, прикметниками, іменниками з узагальнюючим значенням, стимулювати їх висловлювання.

Особливості формування і розвитку пам'яті та уявлень учнів

При патологічних ураженнях головного мозку нейродинаміка суттєво змінюється, втрачається рухливість нервових процесів, сильні подразники викликають у корі стан гальмування, що призводить до порушення здатності організовано фіксувати та актуалізувати сліди минулого досвіду. "Фазові" стани кори, що часто зустрічаються у дітей-олігофренів можуть призвести до того, що актуалізація необхідних слідів буде ускладненою і поряд з необхідними будуть виникати побічні, несуттєві. Знижений тонус кори, який призводить до порушення переключення від одних слідів до інших, створює умову для швидкої їх втрати (забування).

Пам'ять розумово відсталих дітей формується за тими ж законами, що і у дітей з нормальним розвитком, проте різноманітні дефекти аналізаторного апарату та центральної нервової системи неминуче впливають на мнемічні процеси. Розумово відсталим школярам властиве швидке забування, тому особлива увага повинна приділятися систематичному повторенню. Для пригадування даних у молодших класах найбільш продуктивними є перші хвилини, тому вчителю необхідно заздалегідь продумати систему основних та додаткових питань, які спонукають школярів до якісного відтворення знань протягом короткого проміжку часу. Під впливом корекційного навчання розумово відсталі школярі опановують прийоми осмисленого запам'ятовування. Для розвитку осмисленого запам'ятовування необхідно навчити розумово відсталих школярів раціональним прийомам запам'ятовування, зокрема порівнянню, яке допомагає знаходити подібність, відмінність, тотожність між об'єктами. У розвитку смислової пам'яті важливого значення набуває зміст матеріалу та інтерес дітей до завдань.

У процесі навчання у дітей з різним рівнем розумової відсталості відбувається поліпшення короткочасної словесної (вербальної) пам'яті. У поліпшенні запам'ятовування особлива роль належить повторенню. Учнів допоміжної школи необхідно навчати повторенню, оскільки пасивне пригадування приймається ними за повторення. Найважливішою умовою

підвищення активності запам'ятовування повинна стати варіативність повторення. Повторення стане ефективним, якщо систематично міняти форму діяльності учнів, використовуючи складання плану, усні та письмові відповіді, практичні роботи тощо.

Відтворення дітей-олігофренів відрізняється рядом недоліків, які стосуються повноти, точності, послідовності словесної форми відтворення. Факти, зібрані спеціальною психологією, спрямовують вчителів-дефектологів на використання у практичній роботі корекційних прийомів та методів з метою ефективного розвитку пам'яті дітей-олігофренів.

Уява

У процесі навчання розумово відсталих дітей формування уявлень має важливе корекційне значення. Так, навчання читання та письму вимагає від учня чіткого окреслення букв, інакше він не навчиться правильно писати. Після міцного закріплення зорових образів дитина переходить до написання букв за уявленням. Яскраві і чіткі зорові уявлення полегшують засвоєння історії, географії, природознавства, елементів геометрії, сприяють формуванню трудових навичок. У практиці допоміжної школи особливого значення набувають мовленнєві уявлення, розвиток яких позбавляє різноманітних дефектів вимови, письма, читання у дітей-олігофренів. Особливості уявлень у розумово відсталих школярів описані в дослідженнях радянських вчених. Вони констатують недостатню диференційованість уявлень, їх швидке забування та зміну.

З метою активізації пізнавальної діяльності слід домагатись підвищення активності та інтересу учнів, прагнути до різноманітності способів викладу та по-вторення навчального матеріалу. Особливого значення в оптимізації навчального процесу набуває застосування прийомів та методів, які розвивають логічне мислення розумово відсталих школярів.

Особливості формування мислення та мовлення розумово відсталих дітей

При олігофренії недостатність мислення проявляється передусім у слабкості аналітико-синтетичної діяльності, у низькій здатності до

абстрагування та узагальнення, у труднощах розуміння смислової сторони будь-якого явища. Темп мислення уповільнений, малорухливий, страждає переключення з одного виду розумової діяльності на інший. Недорозвиток мислення знаходиться у прямому зв'язку із загальним порушенням мовлення, тому словесні визначення, непов'язані із конкретною ситуацією, засвоюються дітьми з великими труднощами. Навіть за достатнього словникового запасу і збереженої граматичної будови у зовні правильному мовленні мало виражена функція узагальнення.

Дослідження мислительної діяльності розумово відсталих дітей виявили і таку її особливість, як недостатність узагальнення. Узагальнення, які здійснюються на основі безсистемного поверхового аналізу з посиланням на несуттєві зовнішні ознаки, призводять до частих помилок. У психологічній літературі є багато фактів, які підтверджують невміння дітей-олігофренів узагальнювати та класифікувати. Дуже характерне для розумово відсталих групування родових та видових понять ("У лісі ростуть дерева, гриби, ялини"), узагальнення за ситуативною ознакою: чашка та блюдце, шкарпетки та черевики, муха та свійські тварини, метелики та птахи. Такий принцип узагальнення дуже широкий, опосередковане словом понятійне узагальнення не проходить через їхній життєвий досвід, воно співіснує з предметно-конкретним ситуативним узагальненням. У цьому і полягає відмінність олігофренів від дітей з нормальним розвитком та ЗПР, які вже у дитячому садку оволодівають категоріальними узагальненнями.

Однією з причин невміння класифікувати є порушення операції порівняння. Вміння порівнювати виробляється у певній системі. Попередньо слід домогтися від дітей знань про окремі предмети та явища, розуміння таких слів, як різні, однакові, подібні. Для порівняння треба використовувати співвідносні предмети (рослини, тварини, знаряддя праці тощо). На початкових етапах навчання порівняння слід проводити у диференційованій формі, наприклад: знайти подібність за формою, кольором, величиною, смаком, запахом, будовою. Після засвоєння зовнішніх ознак ми привчаємо учнів узагальнювати знайомі предмети та

явища за функціональними проявами: корисний, шкідливий, свійський, дикий. Для того, щоб діти навчились правильно порівнювати та узагальнювати, необхідно систематично вводити в мовлення слова узагальнюючого значення, урізноманітнювати прийоми повторення, широко використовувати види завдань: малювання, ліпку, працю та ін.

Дуже часто розумово відсталі школярі, порівнюючи об'єкти, опираються на життєвий досвід, який у конкретній ситуації наочно не підкріплюється. Педагогічні дослідження показують, що, мислительно порівнюючи предмети чи явища, учні допоміжної школи прагнуть знайти в них риси відмінності, а про подібність згадують мало.

Весь навчальний процес спрямований на формування в учнів системи наукових понять, інакше знання будуть мати безкорисний, формальний характер. Ця обставина особливо важлива у навчанні дітей-олігофренів, оскільки допоміжна школа поряд з корекцією пізнавальних процесів розв'язує завдання соціальної адаптації розумово відсталих... Корекційна педагогічна допомога дітям-олігофренам сприяє деякому подоланню малорухливості мислення, сприяє розширенню та диференціації знань, а також вмінню застосовувати їх у своїй діяльності.

Експериментальна серія навчальних занять, проведених В.М.Синьовим, показала, що за деяких умов вдається значною мірою подолати труднощі у формуванні причинного мислення. До них автор відносить [12]:

Виховання вміння своєчасно актуалізовувати запас уявлень, необхідний учням для розпізнавання причинно-наслідкових відношень: систематичне виправлення відповідей, поетапне підведення дітей до розкриття сутності причинових відношень.

Формування в учнів вміння здійснювати двобічні логічні операції, тобто шукати за наслідком причину або відомою причиною обґрунтовувати наслідок.

Розвиток мислення, розумових операцій, здатність міркувати прямим чином залежать від методів навчання. Вчитель допоміжної школи повинен

формувати у дітей-олігофренів на доступному для них рівні здатність до активного та самостійного мислення.

Характеристика емоцій розумово відсталого дитини

Недорозвиток особистості розумово відсталого дитини особливо яскраво виявляється у її емоційних реакціях. У силу зниження інтелектуальної діяльності почуття аномальної дитини недостатньо розмежовані. Переживання олігофрена можна назвати спрощеними, примітивними, проте в нього досить чітко виражені позитивні або негативні емоції. При цьому вони не завжди вмотивовані. Дитина може безпричинно сміятись, радіти дрібницям. Негативні емоції виникають несподівано, афектно, носять стійкий характер. Найвищу емоційну оцінку у дітей-олігофренів знаходить тільки те, що їм приємно. Вони погано регулюють свої почуття не можуть знайти втіху після нанесеної образи. Докази здорового глузду майже відсутні, як при позитивних, так і при негативних почуттях.

Слабкість регуляції почуттів є причиною того, що учні допоміжної інколи пізно формуються духовно. Поряд із загальним недорозвитком емоційного життя слід відмітити деякі хворобливі прояви почуттів у певній категорії розумово відсталих дітей. Так, у дітей, які перенесли травми головного мозку, хворих на епілепсію, гідроцефалію, шизофренію, спостерігаються дисфорії — епізодичні розлади настрою. Вони настають поза зв'язком з реальними обставинами.

Дисфорія проявляється у раптовій пригніченості настрою, часом — злобності. Її передвісником часто є невмотивований підвищений настрій — ейфорія.

Другою формою емоційного порушення є апатія, викликана втомою або захворюванням. Цей стан характеризується байдужістю, втратою інтересу до навколишніх. Для деяких загальмованих олігофренів апатія є властивістю особистості.

Відмінність у порушенні емоційної сфери у різних груп дітей повинна враховуватись у спеціальному доборі корекційних умов та прийомів навчання і виховання.

Вольові якості особистості дітей-олігофренів

Л.С.Виготський бачив причину безвілля розумово відсталих дітей у "дефекті володіння власною поведінкою" [1]. В олігофренів з психомоторною розгальмованістю ускладнене усвідомлення завдання дії, порядку її виконання, прояви уваги, стриманості. Олігофрени з явищами загальмованості інактивні до змісту запропонованого завдання, вони байдужі та апатичні. Ці діти особливо потребують розвитку активності, рішучості, наполегливості.

Недорозвиток вольових якостей у дітей-олігофренів пояснюється інертністю нервових процесів, слабкістю замикаючої функції кори головного мозку, а також деякими несприятливими умовами соціального розвитку, що посилюють первинний дефект. До таких супутніх факторів можна віднести відсутність батьківської опіки або її надмірність, зневіру дитини у можливість свого розвитку.

Незважаючи на своєрідність формування емоційно-вольової сфери дітей-олігофренів, вони мають значні потенційні можливості, які сприяють розвитку вольових якостей особистості. Цей процес динамічний, він формується тривало і безпосередньо пов'язаний із змістом, формами та методами педагогічного корекційного впливу, який враховує структуру дефекту, індивідуальні особливості розвитку кожного учня, систему професійної, соціально-психологічної, побутової та інших видів орієнтації.

Особливості розвитку нормальної та розумово відсталої дитини

Формування особистості дитини — це складний процес, у якому біологічні та соціальні фактори розвитку нерозривно пов'язані. Людина стає особистістю не за законами біологічного дозрівання, а за мірою включення у навколишнє життя. Особистість формується за участі і під впливом інших людей, які передають набутий досвід та знання. Практика виховання та

навчання дітей-олігофренів показує, що навіть при важкій патології головного мозку психіка цих дітей розвивається. Кіркові функції мінливіші, ніж функції підкіркових утворень.

Розвиток вищих психічних функцій у аномальної дитини буде відбуватись, за думкою Виготського, дещо інакше ніж у нормально розвинених. Проте не слід ставити у пряму залежність від біологічних умов (ушкодження центральної нервової системи) фактори "культурного" (соціального) розвитку. Зниження вищої психічної діяльності може відбутись і у нормальної дитини, якщо вона потрапить у несприятливі умови розвитку, тоді як розумова відсталість передбачає обов'язкове поєднання двох ознак: зниження пізнавальної діяльності у результаті органічного ураження головного мозку.

Дифузне ушкодження кори порушує її нормальне функціонування та гальмує формування нових умовних зв'язків. Інертність нервових процесів, слабкість замикаючої функції кори головного мозку затримують накопичення фонду умовних рефлексів, що є основою розвитку таких найважливіших психічних процесів, як відчуття, сприймання, уявлення.

На основі первинних порушень психіки формуються вторинні, пов'язані з недорозвитком пам'яті, мовлення, мислення, а також емоційно-вольової сфери, рис характеру та особистості в цілому. Внаслідок слабкості орієнтувальної діяльності знижується коло пізнавальних інтересів та потреб у дитини-олігофрена. Вже у дошкільному віці очевидними є її недостатня активність у грі, відсутність творчого уявлення та ініціативи в усіх видах практичної діяльності. Дитина з розумовою недостатністю значно довше, ніж нормальна, затримується у пристосовницькому спілкуванні з дорослим, що ускладнює процес індивідуального розвитку дитини, знижує її самостійність, активність.

Момент вступу дитини до школи виявляє деякі особливості її поведінки у колективі. У розумово відсталих школярів, як і у нормальних ровесників у колективі складаються ділові та особисті контакти, проте їхня структура та динаміка має свої особливості. Так, молодші учні допоміжної школи

нечітко мотивують та усвідомлюють свої взаємостосунки. Основну роль у формуванні ставлення дітей один до одного у 1 -2 класах відіграють вимоги, висунуті вчителем. З віком у дітей-олігофренів виявляється більш чітко усвідомлення мотивів взаємостосунків у колективі. Встановлено, що до 6-7 класів відбувається поділ колективу на групи в залежності від проявлених симпатій та антипатій, при цьому кількість учнів, що потрапили у підгрупу, яка займає несприятливе становище, у допоміжній школі більша, ніж у масовій. Пояснюється це тим, що розумово відсталі діти менш диференційовано оцінюють особистісні якості, вдаються в основному до таких загальних характеристик, як "поганий" — "хороший".

Дослідженнями встановлено, що міжособистісні стосунки в колективі аномальних дітей пов'язані із структурою дефекту, що необхідно враховувати при організації корекційного виховання. Так, олігофрени основної неускладненої форми, як правило, займають більш високе положення у системі колективних та особистих стосунків у порівнянні із школярами, у яких переважають процеси збудження та гальмування.

Ще більш негативну оцінку у колективних та особистих стосунках отримують діти із психопатоподібними рисами поведінки. Розумово відсталі епілептики складають психологічно ізольовану групу, незважаючи на те, що деякі з них володіють вищим рівнем інтелектуального розвитку, ніж олігофрени з інших груп. Незадоволеність у спілкуванні із ровесниками, невміння правильно аналізувати та оцінювати особистісні якості можуть іноді спровокувати та закріпити негативні форми взаємостосунків між дітьми.

Важливою умовою згуртування колективу є збалансованість ділових та особистих стосунків. Головним принципом у тактиці виховання розумово відсталих дітей повинно стати їх активне залучення до цікавих та доступних справ, використання системи заохочень, ліквідація психологічно ізольованих груп серед дітей, лідерство самого вчителя у справах учнівського колективу.

Контрольні запитання і завдання

1. Дайте визначення поняття "розумова відсталість", виділіть головні ознаки і розкрийте їх зміст.
2. Назвіть подібні та відмінні ознаки олігофренії та деменції. Яке значення має класифікація розумової відсталості за видами?
3. Назвіть рівні інтелектуального недорозвитку. Що вони означають?
4. Поясніть, за яким принципом побудована класифікація М.С.Певзнер. Яке значення вона має для практичної роботи ?
5. Охарактеризуйте сприймання розумово відсталих дітей.
6. Розкрийте особливості пам'яті розумово відсталих дітей. Назвіть методи та прийоми, якими вчитель може домогтися поліпшення запам'ятовування та відтворення навчального матеріалу.
7. Охарактеризуйте мислення дітей-олігофренів: мислительні операції; причинно-наслідкові зв'язки, логічне мислення.
8. Розкрийте особливості усного та писемного мовлення розумово відсталих дітей,
9. Назвіть особливості формування особистості дітей - олігофренів.
10. Поясніть, з чим пов'язаний недорозвиток вольових якостей у дітей-олігофренів.
11. Які шляхи та умови виховання волі розумово відсталих дітей?

Список використаної літератури

1. Выготский Л.С. Три основных типа дефекта // Педагогическая энциклопедия. – М., 1928. Т. 2. С. 392;
2. Дульнев Г.М. Питання корекції розвитку розумово відсталих дітей у процесі навчання // Психолого-педагогічні основи корекційної роботи в спеціальній школі: Хрестоматія / Г.М.Дульнев. – Кам'янець-Подільський, 2004. - С.149-152.
3. Замский Х.С. Умственно отсталые дети: История их изучения, воспитания и обучения с древних времен до середины XX века [Текст] / Х.С.Замский. - М.: Образование, 1995.-С.45-66.

4. Занков Л.В. Очерки психологии умственно отсталого ребенка // Психология аномального развития ребенка: Хрестоматия / Л.В.Занков. - Т.2. - М.: ЧеРо, 2002. - С. 272-311.
5. Исаев Д. Д. О сексуальных девиациях и перверзиях при шизофрении, психопатиях и олигофрении у подростков мужского пола // Журнал невропатологии и психиатрии. –М.,1987, в. 10, С. 1522—1527.
6. Кравченко Р. Соціальна робота з розумово відсталими людьми [Текст] / Р.Кравченко. – К.: Соціс, 2001.
7. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития (олигофренопедагогика) [Текст] / под ред. Пузанова Б.П. - М.: Академия, 2003.-С.11-23.
8. Певзнер М.С. Дефектология [Текст] / М.С. Певзнер. – М.: 1981, № 4. — с. 3.
9. Петрова В.Г. Проблема навчання і розвитку розумово відсталих дітей у спеціальній психології // Психолого-педагогічні основи корекційної роботи в спеціальній школі: Хрестоматія. – Кам'янець-Подільський, 2004. - С.61-64.
10. Пузанов Б.Н. Олигофренопедагогика: Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития [Текст] / Б.Н.Пузанова. – М.: Академия, 2001.-78-97.
11. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника[Текст] /С.Я.Рубинштейн. – М.: Просвещение, 1979. – С.34-56.
12. Синьов В.М. Корекція інтелектуальних вад в учнів допоміжної школи // Психолого-педагогічні основи корекційної роботи в спеціальній школі. Хрестоматія. - Кам'янець-Подільський, 2004. - С.51-60.
- 13.Хохліна О.П. Психолого-педагогічні основи корекційної спрямованості трудового навчання учнів з вадами розумового розвитку [Текст] /О.П.Хохліна. – К.: Педагогічна думка, 2000.-С.23-28.

Тема 2.3.2. Діти із затримкою психічного розвитку.

План

1. Сутність і зміст поняття затримка психічного розвитку. Типологія ЗПР (класифікація К.С.Лебединської).
2. Проблема вивчення, навчання та виховання дітей із ЗПР.
3. Фактори виникнення ЗПР.
4. Особливості психофізичних станів дітей із затримкою розвитку.
5. Особливості уваги у дітей із ЗПР.
6. Основні способи корекції і реабілітації дітей із ЗПР.

Сутність і зміст поняття затримка психічного розвитку

Затримка психічного розвитку (ЗПР) – це сповільнений темп розвитку психіки, який виражається у нестачі загального запасу знань, обмеженості уявлень, незрілості мислення, перевазі ігрових інтересів і нездатності займатися інтелектуальною діяльністю. Поняття «затримка психічного розвитку» вживається стосовно дітей зі слабо вираженою органічною або функціональною недостатністю центральної нервової системи. У них спостерігається поліморфна клінічна симптоматика: незрілість складних форм поведінки, цілеспрямованої діяльності на тлі швидкої виснажуваності, порушення працездатності. Такі діти відзначаються, як діти з недостатніми здатностями до навчання.

Для затримки психічного розвитку характерне сповільнення темпу формування пізнавальної і емоційної сфер з їхньою тимчасовою фіксацією на більш ранніх етапах. Характерна мозаїчність ураження, при якій поряд із дефіцитарними функціями є і збережені. Патологічною сутністю ЗПР є вплив цілого ряду патологічних факторів перинатального, натального і постнатального періоду. Аналіз електрофізіологічних даних свідчить про наявність органічних уражень мозку у майже всіх дітей із ЗПР. У більшості випадків при ЗПР виявляється поєднання органічних ушкоджень у вигляді енцефалопатичних розладів і недостатності окремих психічних функцій з ознаками загального психічного недорозвинення.

Дослідники вказують на варіабельність прояву затримки психічного розвитку. У літературі, яка присвячена вивченню дітей із ЗПР, відзначається відставання у розвитку пізнавальних процесів, порушення функції активної уваги, загальна неорганізованість діяльності, перевага ігрових мотивів і малої здатності до вольового зусилля, недостатність загального запасу знань, обмеженість уявлень, слабка працездатність.

У роботі К.С. Лебединської узагальнено дані про різні причини виникнення ЗПР [6]. Затримка може бути зумовлена генетичними факторами і екзогенними шкідливостями, які впливають на центральну нервову систему.

Класифікація форм затримки психічного розвитку

Серед різних класифікацій ЗПР найпоширеною є класифікація К.С. Лебединської, розроблена на основі етіопатогенетичного підходу, у відповідності, з якою розрізняють 4 основних варіанти ЗПР [6]:

1. ЗПР конституційного походження. До цього варіанту відносяться діти із психічним і психофізичним інфантилізмом;
2. ЗПР соматогенного походження, при якому в дітей відзначається фізична й психічна астения;
3. ЗПР психогенного генезу, при якому переважно порушується емоційно-вольова сфера;
4. ЗПР церебрально-органічного генезу з перевагою органічного інфантилізму з порушеннями пізнавальної діяльності.

Існуюча класифікація типів ЗПР, яка розроблена К.С. Лебединською, відображає не тільки механізми порушення психічного розвитку, але і їх причинну зумовленість.

Кожному з цих варіантів властиві як специфічні особливості інфантилізму, так і різний прогностично значущий характер недостатності пізнавальної діяльності. Вони можуть бути ускладнені багатьма хворобливими ознаками – соматичними, енцефалопатичними, неврологічними – і мати свою клініко-психологічну структуру, свої

особливості емоційної незрілості і порушення пізнавальної діяльності, свою етіологію.

Затримка психічного розвитку конституційного тенеу - зумовлений психічний, психофізичний інфантилізм – гармонійний або дисгармонійний. В обох випадках у дітей переважають риси емоційно-особистісної незрілості, «дитячість» поведінки, жвавість міміки і поведінкових реакцій. Розлади поведінки при дисгармонійному інфантилізмі важче піддаються психолого-педагогічній корекції і вимагають більших зусиль з боку батьків і педагогів, тому таким дітям показана додаткова медикаментозна терапія.

При ЗПР *конституційного* походження також розглядають спадково зумовлену парціальну недостатність окремих модально-специфічних функцій (праксіс, гнозис, зорова і слухова пам'ять, мовлення), які лежать в основі формування складних міжаналізаторних навичок, таких, як малювання, читання, письмо, рахунок і інших. Генетична зумовленість даних порушень зумовлена передачею у родині дітей із ЗПР із покоління в покоління випадками ліворукості, дислексії, дисграфії, акалькулії, недостатності просторового гнозиса і праксиса. У плані корекції це один із сприятливих типів психічного розвитку при ЗПР.

Затримка психічного розвитку соматогенного тенеу - зумовлена тривалою соматичною недостатністю різного походження: хронічними інфекціями і алергічними станами, вродженими і набутими вадами розвитку внутрішніх органів (серце, нирки, легені). Важливу роль відіграють важкі соматичні захворювання (численні пневмонії, ангіни тощо), які мають місце в перші роки життя дитини. Психічний розвиток цих дітей гальмується, у першу чергу, стійкою астеною, що різко знижує загальний психічний і фізичний тонус, затримує емоційний розвиток. Соматогенний інфантилізм зумовлений низкою невротичних нашарувань – невпевненістю, боязкістю, пов'язані з відчуттям своєї фізичної неповноцінності. Цей тип іноді викликаний режимом заборон і обмежень, у якому соматично ослаблена або хвора дитина. Такі діти рідко відвідують дитячий садок, вони, в основному, виховуються вдома, у результаті чого їхнє коло спілкування обмежене,

порушені міжособистісні відносини. Ці діти вимагають санаторно-курортних умов, правильного режиму харчування, відпочинку, сну, їм необхідне медикаментозне лікування. Нерідко виникає вторинна інфантилізація, що призводить до зниження працездатності і більш стійкої затримки психічного розвитку. Урахування поєднання всіх цих факторів є засадою прогнозу перспектив подальшого розвитку дитини та визначення змісту лікувально-профілактичного, корекційно-педагогічного і виховного впливів на дитину.

Затримка психічного розвитку церебрально-органічного походження відрізняється більшою стійкістю і виразністю порушень як в емоційно-вольовій сфері, так і в пізнавальній діяльності. Анамнез дітей з даним типом ЗПР у більшості випадків показує наявність негрубої органічної недостатності нервової системи залишкового характеру внаслідок патологій вагітності (важкі токсикози, інфекції, інтоксикації, травми, конфлікт за резус-фактором), асфіксії, родові травми, постнатальні нейроінфекції.

Т.Д. Ілляшенко відзначає, що церебрально органічна форма ЗПР є найбільш важкою [5]. Як свідчить її назва, вона пов'язана з хворобливими ураженнями головного мозку.

Виділяють два загальних клініко-психологічних варіанти ЗПР даної категорії:

- Перший варіант характеризується переважно незрілістю емоційної сфери за типом органічного інфантилізму.
- При другому варіанті домінують симптоми ураження нервової системи і парціальні порушення вищих коркових функцій.

Затримка психічного розвитку психогенного генезу пов'язується із несприятливими умовами виховання, що обмежують або спотворюють стимуляцію психічного розвитку дитини на ранніх етапах її розвитку. Відхилення в психофізичному розвитку дітей при даному варіанті виникають внаслідок психотравмуючого впливу середовища. Негативний вплив може позначитися на дитині ще в утробі матері, якщо жінка зазнає сильні, довгострокові переживання. ЗПР психогенного генезу може бути

пов'язана із соціальним сирітством, культурною депривацією, при яких у дитини не виховується почуття обов'язку і відповідальності, не стимулюється розвиток пізнавальної діяльності, інтелектуальних інтересів і установ. Тому риси патологічної незрілості і імпульсивності у дітей часто поєднуються із недостатнім рівнем знань і уявлень про навколишній світ, що в майбутньому відображається на фрагментарному засвоєнні шкільних предметів.

Варіант аномального розвитку особистості за типом «кумир сім'ї» зумовлений, навпаки, гіперопікою – розпеченим вихованням, при якому дитині не прищеплюються риси самостійності, ініціативності, відповідальності. Для психогенного інфантилізму, поряд з недостатньою здатністю до вольового зусилля, характерні риси егоцентризму і егоїзму, нелюбові до праці.

Патологічний розвиток особистості за нервовим типом найчастіше спостерігається у дітей, батьки яких проявляють грубість, жорстокість, деспотичність, агресію до дитини та інших членів сім'ї. У таких умовах нерідко формується особистість несмілива, боязка, емоційна незрілість якої проявляється в недостатній самостійності, рішучості, активності і ініціативності.

Ефективність корекційних заходів при даному типі ЗПР пов'язана з можливістю перебудови несприятливого сімейного клімату і подолання розпещуючого або знехтуючого дитину типу сімейного виховання.

Поряд із визначенням типів психічного розвитку, виділені рівні її тяжкості:

1. Легкий рівень – як правило, не потребує систематичного лікування.
2. Середній рівень – корекція відбувається в спеціальних умовах.
3. Важкий рівень – представляє собою діагностичні труднощі в плані відокремлення ЗПР від олігофренії у мірі дебільності.

Розподіл за рівнями важкості дає можливість більш цілеспрямовано проводити лікування, будувати корекційно-психологічну роботу і визначати подальший прогноз у розвитку дитини даної нозології.

Проблема вивчення, навчання та виховання дітей із ЗПР

Проблема слабовиражених відхилень у психічному розвитку виникла і здобула особливе значення, як у зарубіжній, так і у вітчизняній науці лише у середині ХХ ст., коли внаслідок бурхливого розвитку різних галузей науки і техніки і ускладнення програм загальноосвітніх шкіл з'явилася велика кількість дітей, які зазнають труднощів у навчанні.

Діти із затримкою психічного розвитку описуються в літературі як особлива група з відставанням у психічному розвитку, які мають такі особливості інтелекту і особистості, що не дозволяють їм вчасно і якісно засвоювати елементарні знання.

Діти із затримкою психічного розвитку становлять найчисленнішу групу серед тих, які потребують спеціальної допомоги у процесі навчання та соціально-трудової адаптації. Вони значною мірою визначають контингент учнів, особливо початкової школи, які стійко не встигають. Тому своєчасна корекція цієї специфіки в розвитку дітей є водночас і розв'язанням проблеми шкільного невистигання та правопорушень учнів. Справді, деякі дослідники наводять статистичні дані про те, що більше половини неповнолітніх правопорушників мають знижений рівень інтелектуального розвитку. Причини такого взаємозв'язку досить очевидні: дитина, яка не знайшла свого місця в школі через труднощі в навчанні, стає здобиччю вулиці, шукає самоствердження в асоціальній поведінці. Отже, налагодження системи допомоги дітям із затримкою психічного розвитку набуває важливого суспільного значення.

Наші сьогоденні знання про затримку психічного розвитку дають змогу розглядати її як межовий стан психічного розвитку. Йому властиві розлади інтелектуальної та емоційно-вольової сфери. Пізніше, якщо дитина не отримує своєчасної допомоги, у неї під впливом невдач у навчанні, спілкуванні з ровесниками та дорослими виникають і негативні зміни особистості.

Затримка психічного розвитку розглядається як явище тимчасове, що відображено і в її назві. Звичайно, цей стан пов'язують з дошкільним та

молодшим шкільним віком дитини. Пізніше або наступає компенсація, "вирівнювання" під впливом використаних корекційних заходів, або відбувається стабілізація стану інтелектуальної недостатності, який найчастіше буває проміжним між низькою нормою і легкою розумовою відсталістю. Однак на відміну від проблеми розумового розвитку при затримці психічного розвитку недоліки в здатності міркувати, робити умовиводи, встановлювати причиново-наслідкові зв'язки між явищами, тобто абстрактно мислити, хоч і можуть, за несприятливих умов виховання і розвитку дитини, закріплюватися, набувати стійкого характеру, все-таки не є визначальними. Вони вторинні, а первинними виступають порушення працездатності, розлади уваги, пам'яті, сенсомоторних процесів, пізнавальної активності. Ці порушення особливо виразно виявляються в дошкільному віці, і саме вони перешкоджають вчасно і повноцінно формуватися мисленню та мовленню. Якби з дошкільниками послідовно проводилася корекційна робота, то багато хто з них міг би успішно навчатися в загальноосвітній масовій школі. Початок корекції у шкільному віці - це завжди важча і менш оптимістична справа, бо доводиться уже долати наслідки педагогічної занедбаності, яка буває особливо згубною для дітей з певними проблемами психофізичного розвитку. За проявами та глибиною порушень затримка психічного розвитку досить строката, що зумовлено як різними причинами її виникнення, так і неповторністю індивідуальності кожної дитини, історії її виховання та розвитку. З одного боку, це порушення зумовлюють біологічні фактори: спадкові недоліки у функціонуванні нервової системи, а ще більше - несприятливі умови внутрішньоутробного розвитку внаслідок хвороб матері, інтоксикації різними шкідливими речовинами, зокрема алкоголем та наркотиками, травми та хвороби центральної нервової системи в ранньому дитинстві, а також хронічні захворювання, які ослаблюють дитячий організм. З іншого боку, до затримки психічного розвитку призводять несприятливі психосоціальні умови виховання дитини, насамперед психічна депривація, тобто неможливість задовольнити потребу в емоційному контакті з

близькими дорослими, пізнавальну потребу. Ще тяжчими бувають наслідки, коли поєднуються біологічні та соціальні фактори. Тим часом частіше саме так і буває. Наприклад, відомо, що в дитячих будинках переважна більшість дітей має батьків, які не змогли виконувати своїх батьківських обов'язків, не дбали ні про їхнє фізичне здоров'я, ні про виховання. Зазначимо, що й умови інтернату теж не є оптимальними для повноцінного формування особистості дитини. Саме тому в цих закладах виявляється дуже багато дітей із затримкою психічного розвитку. Немало їх і в неблагополучних сім'ях. Усі вони потребують комплексної психолого-медико-педагогічної допомоги. Вона починається з діагностики, зокрема із з'ясування, у чому полягають проблеми психічного розвитку дитини та яких методів педагогічного впливу необхідно вжити для їх подолання. Так, вивчення труднощів у навчанні молодших школярів цієї категорії показує, що вони далеко не однакові і різною мірою піддаються корекції.

У значної частини дітей основною причиною неуспішного навчання є неспроможність цілеспрямовано працювати. У них, зазвичай, дуже нестійка увага, низька працездатність. Зовні це може виявлятися в діаметрально протилежних станах. Одні діти справляють враження дуже активних, непосидючих, у яких енергія так і вирує. Насправді ж вони просто перезбуджені, їхня активність - це псевдоактивність. Дитина не керує своєю поведінкою: вона, не подумавши, хапається за все і тут-таки кидає, зіткнувшись із першою трудностю, береться до чогось іншого. Справді активна, енергійна дитина, хоч і може бути рвучкою, швидкою, цілеспрямована та послідовно розв'язує поставлене перед собою завдання. Є й інші прояви розладів уваги та цілеспрямованості: на тлі загальної нервової ослабленості переважають гальмівні процеси, тому дитина буває млявою, малорухливою, нерішучою, боязкою. Їй особливо важко почати якусь справу. Часто без втручання дорослих вона залишається бездіяльною. Поодинокими є випадки, коли під час психологічного обстеження у дітей з названими розладами виявляється цілком достатній інтелектуальний розвиток. Але реалізувати свої інтелектуальні можливості такі діти не

можуть без індивідуальної допомоги дорослого, який бере на себе функцію організації їхньої діяльності. На уроці ж разом із класом вони зовсім не працюють і майже нічого не засвоюють. Тим часом у шкільному віці навчання, як кажуть психологи, є провідною діяльністю, основною рушійною силою розвитку дитини в цей час. Тому, коли вона не включається в навчання, значно сповільнюється й її інтелектуальний розвиток: загальна обізнаність стає поверховішою, відстає формування мислительних операцій і схематичних знань, закріплюються негативні якості розуму. Такі діти часто ростуть у сім'ях з особливим типом батьківського ставлення до виховання. Вони або дуже опікають дитину, випереджають усі її бажання, вважають за маленьку, або надто "старанно виховують": контролюють кожен крок, прискіпливо вимогливі, схильні до тиску, мало зважають на реальні можливості дитини.

Найчисленнішу групу дітей із затримкою психічного розвитку становлять такі, що насамперед привертають увагу відставанням від своїх ровесників в інтелектуальному розвитку. У них значна обмеженість знань та уявлень про навколишній світ, несформованість мислительних операцій, яка виявляється не тільки в словесно-логічному мисленні, й у сприйманні конкретних якостей предметів, у розвитку мовлення: дуже збідненому словнику, недорозвиненому, аграматичному висловлюванні. У процесі розв'язання діагностичних завдань вони мають чималі труднощі через обмеженість досвіду, несформованість навичок інтелектуально працювати, недорозвиненість мовлення, яке, як відомо, дає змогу усвідомити свої дії та керувати ними. Проте в межах доступного матеріалу ці діти здатні скористатися допомогою; вони дуже чутливі до позитивної стимуляції, під впливом якої стають уважнішими і продуктивнішими. Тому про таких дітей ми говоримо, що в умовах індивідуальної роботи вони виявляють достатню навчуваність, тобто здатність засвоювати знання і свідомо ними керуватися. Але вони зовсім не готові до навчання в умовах масової школи і випадають з навчального процесу. Саме тому їм необхідна тривала й систематична корекція у спеціально організованих умовах навчання, які б враховували

їхні індивідуальні можливості в темпі засвоєння знань та просування в розвитку. Такими особливостями характеризується значна частина учнів сьогоденних шкіл та класів інтенсивної педагогічної корекції. Багато хто з них упродовж початкового навчання у спеціальній школі досягає такого рівня загального розвитку та засвоєння знань, що далі може продовжувати навчання в масовій школі. Вивчення історії розвитку та умов виховання цих дітей у переважній більшості випадків дає підстави говорити про ранню і тривалу психічну депривацію, зумовлену соціально-психологічними факторами, та загальну ослабленість здоров'я.

Найважче піддаються корекції діти, проблеми інтелектуального розвитку яких зумовлені насамперед зниженою наочністю. Вона виявляється в особливій негнучкості, інертності мислення, внаслідок чого дитині важко буває змінити непродуктивний підхід до розв'язання завдання на продуктивніший, скориставшись додатковими знаннями: підказкою, поясненням. Особливо виразно це помітно під час класифікації об'єктів, для якої потрібно виділити суттєве, абстрагуватися від другорядного, узагальнити. Ще важчим завданням є зміна підстави для класифікації, тобто знаходження іншої спільної ознаки. На відміну від описаних вище дітей з достатньо збереженою наочністю, представники цієї групи мають труднощі і в оперуванні наявним у них досвідом. Педагоги звичайно скаржаться на великі труднощі у засвоєнні програмного матеріалу такими учнями навіть в умовах спеціальної школи. В основі зниженої наочності таких дітей лежать такі негативні характеристики функціонування центральної нервової системи, які зумовлені хворобою, спадковими вадами. За змістом ці розлади часто нагадують розумову відсталість, хоч і м'якше виражені. Діти зі зниженою наочністю, як правило, потребують спеціального навчання не тільки в початковій школі, а й в основній. Досвід показав, що, відчуваючи труднощі в засвоєнні теоретичних знань, вони досить продуктивні в здобутті практичного досвіду і непогано опановують багато різних професій. Тому перспектива розвитку школи інтенсивної

педагогічної корекції, зокрема її основної ланки, пов'язана, на наш погляд, з поглибленням професійно-трудової підготовки учнів.

Окремої уваги заслуговують діти, які мають порушення певних функцій, таких як мовлення, просторове сприймання, зорово-рухова координація. Вони є причиною того, що діти при цілком достатньому інтелектуальному розвитку не можуть опанувати письмо, читання, рахунок. Зрозуміло, що це розладнує всю їхню навчальну діяльність і зрештою затримує подальший розвиток. Названі порушення в поєднанні з іншими факторами затримки психічного розвитку створюють картину особливо значних труднощів у навчанні дітей. Тим часом сьогодні спеціальну корекційну допомогу отримують тільки діти з мовленнєвими вадами. Усі інші, не виявлені в масовій школі, залишаються поза корекцією.

Поліпшення корекційної допомоги дітям із затримкою психічного розвитку потребує системи заходів. Сьогодні відомо, що такі діти є майже у всіх групах дитячих дошкільних закладів, у кожному класі початкової школи. Проте для точнішого уявлення масштабів відповідної корекційної допомоги цій категорії дітей необхідне здійснення їх моніторингу серед дошкільників та молодших школярів.

Практика широкого впровадження корекційної допомоги дітям із затримкою психічного розвитку потребує системи їх активного виявлення. Вона може бути забезпечена узгодженою співпрацею дошкільної та шкільної психологічної служб з психолого-медико-педагогічними консультаціями, мережа яких нині недостатня, хоча поволі зростає. Потрібне й подальше удосконалення навчальних програм та корекційних технологій, поглиблення їх диференціації відповідно до різних категорій дітей із затримкою психічного розвитку. Особливої уваги заслуговує забезпечення соціально-трудової адаптації та професійної підготовки цих дітей.

Є багато класифікацій відхилень у здоров'ї та розвитку. Однією з найпоширеніших є *британська тризіркова шкала обмежених можливостей*:

— недуга — втрата чи аномалія психічних або фізіологічних функцій, елементів анатомічної структури, що утруднює певну діяльність;

— обмежена можливість — втрата здатності (унаслідок наявності дефекту) виконувати певну діяльність у межах того, що вважається нормою для людини;

— недієздатність — наслідок дефекту або обмежена можливість конкретної людини, що перешкоджає чи обмежує виконання нею певної нормативної ролі, виходячи з вікових, статевих або соціальних факторів.

Види відхилень у здоров'ї:

1) фізичні: тимчасові або постійні відхилення у розвитку і (або) функціонуванні органу (органів) людини, хронічні соматичні захворювання, інфекційні захворювання;

2) психічні: тимчасові або постійні відхилення у психічному розвитку людини (порушення мови; пошкодження мозку; порушення розумового розвитку; затримка психічного розвитку; психопатії);

3) складні: поєднання фізичних і психічних відхилень (дитячий церебральний параліч тощо);

4) важкі: поєднання фізичних і психічних відхилень, за яких оволодіння освітою в обсязі державних стандартів є неможливою (ідіотія, аутизм тощо).

Фактори зовнішнього середовища є визначальними у появі хвороб, тому що вони не тільки впливають безпосередньо на організм, а й можуть викликати зміни його внутрішніх властивостей, які у майбутньому поколінні можуть самі спричинювати хвороби (спадковість, вроджені вади)

На думку Є.М. Мастюкової причиною відхилення у розвитку є вплив на мозок дитини зовнішнього або внутрішнього несприятливого фактору, який зумовлює специфіку ураження або порушення розвитку психомоторних функцій [7].

Фактори затримки психічного розвитку

-Біологічні фактори. Науковці відмічають, що у даному випадку це генетично зумовлене уповільнене дозрівання різних систем дитячого

організму, у тому числі і нервової системи. Такі діти, не виявляючи хворобливих ознак, і фізично, і психічно відстають від вікової норми, що виявляється під час обстеження їх на шкільну зрілість. Особливо відстає емоційно-вольова сфера: дитина може виявляти досить знань і кмітливості у грі, але дуже важко сприймає суто навчальні завдання, погано засвоює правила поведінки, обов'язки школяра. Адаптація до школи у таких дітей досить складна. Їм краще починати шкільне навчання пізніше, і при цьому вони потребують індивідуального підходу з боку сім'ї і педагога.

-Затримка психічного розвитку у дітей зумовлена також різними тілесними захворюваннями, особливо такими, які починаються у ранньому віці, і, набуваючи хронічності, надовго позбавляють дитину життєрадісності і активності. Центральна нервова система в таких випадках безпосередньо не вражається хворобою, але страждає від загального виснаження дитячого організму. Хвороба знижує психічний тонус дитини, а тому складаються несприятливі умови і для розвитку її психічних функцій. Умовою подолання такої форми затримки психічного розвитку у дитини є лікування її хвороб та систематична педагогічна робота.

-Церебрально-органічна форма затримки психічного розвитку пов'язана з хворобливим ураженням мозку. Прояви її стійкіші і яскравіше виражені. Щоб їх усунути чи пом'якшити, потрібні систематичні і тривалі лікарські та педагогічні заходи. Під час неврологічного обстеження таких дітей досить часто виявляються певні відхилення у функціонуванні їхньої нервової системи, що свідчить про шкідливий вплив на мозок чи плоду новонародженої дитини різних чинників, а саме: різні хвороби матері під час вагітності, токсичні речовини, якими забруднене навколишнє середовище, а також нікотин, алкоголь, деякі лікарські препарати.

-Затримку психічного розвитку зумовлюють різні *запальні захворювання* центральної нервової системи впродовж перших років життя, а також травми головного мозку. Ознаки затримки психофізичного розвитку, пов'язані з ушкодженням мозку, у багатьох дітей виявляються вже в ранньому дитинстві: запізнілим початком ходіння, незграбністю в рухах,

затримкою в розвитку мовлення, зниженою пізнавальною активністю. Залежно від того, які функціональні системи мозку зазнали ушкодження, можна спостерігати окремі особливо виражені порушення пізнавальної діяльності. У деяких дітей найбільш вираженими є недоліки розвитку мовлення, читання, в інших – рахування, просторової орієнтації, довільної регуляції поведінки.

-Причинами виникнення затримки психічного розвитку у дітей є умови проживання в неблагонадійній сім'ї: алкоголізм батьків, їхня неуважність, жорстокість до дитини. Проведено чимало досліджень, які свідчать про негативний вплив на розвиток дитини ранньої ізоляції її від контактів з матір'ю. Так, втрата чи відсутність тісного контакту з матір'ю чи іншим дорослим, який виконує її функції, вже у двомісячному віці дитини призводить до серйозних розладів у її розвитку. Можливість виправити ці недоліки залежить від тривалості порушення зв'язків з матір'ю: чим вони триваліші, тим важче подолати їх наслідки.

Особливості психофізичного стану дітей зі ЗПР

Найважливіше значення для побудови корекційно-реабілітаційної роботи має знання специфічних психофізичних особливостей дітей із затримкою психічного розвитку.

Розглядаючи особливості психофізичного стану в дітей із ЗПР, ми зупинилися на таких поняттях, як психічний і фізичний стан дитини.

Психічний стан – це цілісна характеристика психічної діяльності за певний проміжок часу, що відображає своєрідність проходження психічних процесів і виступає як система їхньої організації, а також як механізм оцінки відображеної діяльності. Виділяють пізнавальні і емоційно-вольові психічні процеси. У свою чергу, до пізнавальних процесів відносять відчуття, сприйняття, пам'ять, мислення і уява .

Фізичний стан визначається, як здатність людини виконувати фізичну роботу і містить у собі, у першу чергу, показники фізичного розвитку і фізичної підготовки. Деякі вчені вважають, що провідним показником фізичного стану є розвиток дрібної і загальної моторики. Характерною

ознакою затримки психічного розвитку є недорозвиток якостей уваги. Тією чи іншою мірою недоліки уваги притаманні дітям, які відносяться до різних клінічних форм затримки психічного розвитку. Американські психологи і клініцисти описують «синдром дефіциту уваги», який часто поєднується з гіперактивністю, як характерний для дітей з мінімальними мозковими дисфункціями та із труднощами у навчанні. Прояви недостатності уваги в дітей із затримкою психічного розвитку виявляються вже при спостереженні за особливостями сприйняття ними навколишніх предметів і явищ.

Особливості уваги у дітей із ЗПР

Нестійкість (коливання) уваги, що веде до зниження продуктивності, зумовлює труднощі виконання завдань. Дитина продуктивно працює протягом 5–15 хв., потім протягом 3–7 хв., «відпочиває», накопичує сили для наступного робочого циклу. У моменти «відпочинку» дитина наче «випадає» з діяльності, займаючись сторонніми справами. Після відновлення сил дитина знову здатна до продуктивної діяльності ;

- *знижена концентрація*. Виражається в труднощах зосередження на об'єкті діяльності і програмі її виконання, швидкої стомлюваності. Дана особливість уваги вказує на наявність органічних факторів соматичного або церебрально-органічного генезу;

- *зниження обсягу уваги*. Дитина утримує одночасно менший обсяг інформації, ніж той, на основі якого можна ефективно вирішувати ігрові, навчальні і життєві завдання спостерігається ускладнене сприйняття ситуації в цілому;

- *знижена вибірковість уваги*. Дитині важко виділити мету діяльності і умови її реалізації серед несуттєвих побічних деталей;

- *знижений розподіл уваги*. Дитина не може одночасно виконувати кілька дій, особливо якщо всі вони мають потребу у свідомому контролі, тобто перебувають у стадії засвоєння;

- *«прилипання уваги»*. Виражається в труднощах переключення з одного виду або знайденого способу діяльності на інший, у відсутності гнучкого реагування на ситуацію, яка змінюється;

- *підвищена розсіяність*. Дитина тривалий час не може зосередитися на даній діяльності. Порівняльне експериментальне дослідження показало виражений негативний вплив на діяльність дітей із ЗПР будь-яких сторонніх факторів. Вони роблять численні помилки, темп їх діяльності внаслідок цього уповільнюється, результативність падає.

Вивчення *процесів пам'яті* дітей з даною патологією розвитку показало їхню недостатню продуктивність, малий обсяг, неточність і складності у відтворенні. Багато чого з того, що нормально розвинені діти, запам'ятовують легко, в їхніх відстаючих однолітків викликає значні зусилля і вимагає спеціально організованої роботи з ними. Однією з основних причин недостатньої продуктивності мимовільної пам'яті у дітей із ЗПР є зниження їхньої пізнавальної активності.

Н.Г. Піддубна відзначала [10], що наочний матеріал дітьми із ЗПР запам'ятовується значно краще вербального і у процесі відтворення є більш діючою опорою. Автор відзначила, що мимовільна пам'ять у дітей із ЗПР страждає не в такій мірі, як довільна, на що потрібно спиратися при навчанні. Отже, необхідно спеціально активізувати пізнавальну діяльність дітей із ЗПР шляхом посилення мотивації, зосередження їхньої уваги на завданні. Особливе значення для підвищення ефективності запам'ятовування є вміння використовувати спеціальні раціональні прийоми навчання (угрупкування слів і картинок, встановлення зв'язків).

Характеристика *розумової діяльності* дітей із затримкою психічного розвитку має особливе значення. У дітей даної категорії спостерігається відставання у розвитку всіх видів мислення (наочно-дійове, наочно-образного і словесно-логічного). У найменшій мірі воно має прояв у наочно-дійовому мисленні. Дітям із ЗПР складно діяти за наочним зразком через порушення операцій аналізу, порушення цілісності, цілеспрямованості, активності сприйняття – все це веде до того, що дитина

не в змозі проаналізувати зразок, виділити головні частини, установити взаємозв'язок між частинами і відтворити дану структуру в процесі власної діяльності. Проте, діти виявляються ближче за своїми результатами до нормально розвинених дітей, ніж до розумово відсталих. Розвиток словесно-логічного мислення в них також значно відстає в порівнянні з тим, що спостерігається у нормально розвинутих однолітків. Це пов'язано з порушенням найважливіших розумових операцій, які служать складовими логічного мислення: аналізу (захоплюються дрібними деталями, не може виділити головне, виділяють незначні ознаки); порівняння (порівнюють предмети за несуттєвими ознаками); класифікації (дитина здійснює класифікацію часто правильно, але не в змозі усвідомити її принцип, пояснити те, чому так зробив).

Загальні недоліки розумової діяльності дітей зі ЗПР:

1. Несформованість пізнавальної, пошукової мотивації (своєрідне відношення до будь-яких інтелектуальних завдань). Діти прагнуть уникнути будь-яких інтелектуальних зусиль. Для них непривабливий момент подолання труднощів (відмова виконувати важке завдання, підміна інтелектуального завдання більш близьким, ігровим). Така дитина виконає завдання не повністю, а її нескладну частину. Вони не зацікавлені кінцевим результатом у завданні, але виконують. Ця особливість мислення має прояв у школі, коли діти дуже швидко втрачають інтерес до нових предметів.

2. Відсутність вираженого орієнтовного етапу при рішенні розумових завдань. Діти із ЗПР починають діяти відразу. Це положення підтвердилося в експерименті Н.Г. Піддубної [10]. При пред'явленні інструкції до завдання багато дітей не зрозумівши її, прагнули швидше отримати експериментальний матеріал і почати виконувати. Варто помітити, що діти із ЗПР у більшій мірі були зацікавлені в тому, щоб швидше закінчити роботу, а не якісно виконати. Вони не спроможні були аналізувати умови, не розуміли значимості орієнтовного етапу, що призводило до появи багатьох помилок.

Низька розумова активність, «бездумний» стиль роботи (діти, через поспішність, неорганізованість діють навмання, не враховуючи в повному обсязі заданої умови. У них відсутній спрямований пошук рішення, подолання труднощів). Діти вирішують завдання на інтуїтивному рівні, тобто інколи правильно відповідають, але пояснити відповідь не в змозі.

Діти із ЗПР характеризуються зниженим рівнем пізнавальної активності, що проявляється в їхній недостатній допитливості. Якщо більшість нормальних дітей дошкільного віку звичайно задають багато запитань про предмети і явища навколишнього світу, то діти із ЗПР щодо цього значно відрізняються від них: одні питання не задають взагалі, а інші задають тільки ті, що стосуються лише зовнішніх властивостей предметів і явищ.

Діти із затримкою психічного розвитку відрізняються своєрідністю мовленнєвого розвитку. Це проявляється як у затримці темпу розвитку окремих сторін мовлення, так і в характері недоліків даного розвитку.

Імпресивна сторона мовлення характеризується недостатньою диференційованістю сприйняття мовних звуків, відтінків мовлення (в 75% спостерігаються складнощі в диференціації звуків). Для експресивної сторони мовлення характерні бідний словниковий запас, порушення звуків мови, недостатня сформованість лексико-граматичної будови мовлення, дефекти артикуляційного апарату (в 55% відзначається недостатність мовної моторики: дітям важко втримувати артикуляційну позу, їхні м'язи язика напружені, також складно відбувається перехід з однієї пози на іншу, в 45% з них – дефекти будови зубного ряду) .

До ознак своєрідної затримки мовленнєвого розвитку можна віднести процес вікового розвитку словоутворення при ЗПР. Звичайно, процес бурхливого словоутворення в нормально розвинених дітей, закінчується до старшого дошкільного віку. У дітей із ЗПР цей процес відбувається аж до кінця початкової школи. Діти нечутливі до норм вживання мовлення, використовують атипові граматичні форми, що мають характер неологізмів («стули», «пальти», «садашній» замість «садовий»). У розумово відсталих дітей цей період зовсім відсутній.

Лексична сторона мовлення перебуває у тісній залежності від загального рівня пізнавального розвитку дитини. У зв'язку із зниженою пізнавальною активністю у дітей із ЗПР відзначається бідний словниковий запас, що відображає неточні уявлення про навколишній світ. Мовлення складається в основному з іменників і дієслів, прикметники використовуються тільки для позначення деяких властивостей предметів. Зв'язок слова і позначуваного їм предмету нестійкий. За мірою виразності можна виділити такі *групи мовленнєвих порушень*, які спостерігаються у дітей із ЗПР:

- ізольований фонетичний дефект (неправильна вимова лише однієї групи звуків). Причина, як правило, у порушенні артикуляційного апарату і недорозвитку мовленнєвої моторики;

- комбінований дефект: дефекти вимови поєднуються з порушеннями фонематичного слуху. Є дефекти в оволодінні двома-трьома фонематичними групами;

- системне недорозвинення мовлення – порушення лексико-граматичної сторони мовлення на тлі занадто бідного словникового запасу, примітивної структури висловлень.

Складність мовленнєвого недорозвинення багато в чому залежить від характеру основного порушення. Так, при неускладненому інфантилізмі рівень мовленнєвого розвитку має характер деякої затримки або відповідає нормальному рівню розвитку. При ЗПР церебрально-органічного генезу спостерігається порушення мовленнєвої діяльності як системи.

У дошкільників із затримкою психічного розвитку спостерігається відставання в розвитку емоцій, найбільш вираженими проявами, яких є емоційна нестійкість, лабільність, легкість зміни настроїв і контрастних проявів емоцій. Вони легко і, з погляду спостерігача, часто немотивовано переходять від сміху до плачу і навпаки .

Недоліки розвитку моторики в дітей із ЗПР виявляються на різних рівнях нервової і нервово-психічної організації. Результатом функціональної недостатності, проявом слабко вираженої резидуальної органіки є рухова незручність і недостатня координація, що проявляються навіть у таких

автоматизованих рухах, як хода, біг. У багатьох дітей поряд з недостатньою координацією рухів спостерігаються гіперкінези – надмірна рухова активність у формі неадекватної, надмірної сили або амплітуди рухів. У деяких дітей спостерігаються хореєформні рухи (м'язові посмикування). У деяких випадках, але значно рідше, навпаки, рухова активність значно знижена.

У найбільшій мірі відставання в розвитку рухової сфери проявляється в психомоториці – довільних усвідомлених рухах, спрямованих на досягнення певної мети. Обстеження психомоторики старших дошкільників із затримкою психічного розвитку за допомогою тестів показало, що виконання багатьох із тестових завдань викликало певні труднощі у дітей. Всі завдання вони виконували повільніше, ніж нормально розвинені діти, виявлялися неточність і незручність рухів, труднощі у відтворенні поз руки і пальців. Особливі утруднення спостерігалися при виконанні поперемінних рухів, наприклад поперемінного згинання у кулак і розгинання пальців рук або згинання великого пальця при одночасному розпрямленні інших пальців тієї ж руки. При виконанні довільних рухів часто проявлялася зайва напруга м'язів, а іноді і хореєформні посмикування.

Дефекти координації рухів, у яких беруть участь групи м'язів обох половин тіла, значною мірою можуть бути пов'язані з відставанням у латералізації функцій, тобто у виділенні провідної півкулі мозку. Доведено, що незавершеність латералізації відзначається в багатьох дошкільників із затримкою психічного розвитку.

Недоліки моторики несприятливо позначаються на розвитку образотворчої діяльності дітей, виявляючись у труднощах проведення простих ліній, виконанні дрібних деталей малюнка, а надалі – у труднощах оволодіння письмом. Отже, вищевикладене доводить про необхідність спеціальних занять з розвитку моторики цих дітей у дошкільному віці.

Слід зазначити, що важливу роль у подальшому розвитку дитини відіграють сензитивні періоди, тобто періоди найбільш сприятливого, легкого і швидкого розвитку певних психічних процесів. У спеціальній

літературі визначено, що більшість цих періодів припадає на дошкільний вік. Ці періоди нетривалі, і якщо за будь-яких причин упродовж їх не сформувалась певна структура, то в подальшому потрібно буде докласти чимало спеціальних зусиль, щоб її сформувати. А отже, розпочата у більш пізні терміни корекційно-реабілітаційна робота вже не буде такою ефективною.

Основні способи корекції і реабілітації дітей із ЗПР:

Основним засобом корекції і реабілітації дітей із ЗПР є фізичні вправи. Науковцями доведено, що фізичні вправи позитивно діють на центральну нервову систему. Вони підвищують працездатність клітин кори головного мозку і їх стійкість до сильних подразників, покращують аналітико-синтетичну діяльність центральної нервової системи і взаємодію двох сигнальних систем, обумовлюють більш швидке формування позитивних умовних рефлексів, що супроводжується підвищенням інтенсивності і концентрації уваги, покращенням пам'яті тощо.

Наукові дослідження взаємозв'язку розвитку рухових якостей та психічних процесів, інтелекту та фізичної підготовленості, впливу рухового режиму на розумову працездатність, свідчить про те, що високому рівню моторного розвитку відповідає більш високий рівень психічного розвитку чим вищий інтелект, тим краща успішність у навчанні. У свою чергу, діти з достатнім рівнем розвитку психічних процесів частіше всього мають середні і високі показники фізичного розвитку, статичної витривалості, кращу рухомість нервових процесів

Контрольні запитання і завдання

1. Які основні складові поняття затримка психічного розвитку?
2. Поясніть сутність основних складових типології ЗПР (за Лебединською).
3. Назвіть і охарактеризуйте особливості психофізичних станів дітей із затримкою психічного розвитку.
4. Які індивідуальні особливості уваги проявляються у дітей із ЗПР?
5. Розкрийте суть основних способів корекції і реабілітації дітей із ЗПР.

Список використаних джерел

1. Анохин П. К. Эмоции [Текст] // Психология эмоций. — М.: Просвещение, 1993. — 209с.
2. Буфетов Д. В. Роль установки в развитии межличностной компетентности детей с нарушенным психическим развитием [Текст] // Практическая психология и логопедия. — 2004. — № 1. — С. 63 — 68.
3. Виноградова О. А. Развитие речевого общения дошкольников с задержкой психического развития [Текст] // Практическая психология и логопедия. — 2006. — № 2. — С.53 — 54.
4. Зайцев Д. В. Развитие навыков общения у детей с ограниченными интеллектуальными возможностями в семье [Текст] // Вестник психосоциальной и коррекционно — реабилитационной работы. — 2006. — № 1. — С. 62 — 65.
5. Ілляшенко Т.Д. Чому їм важко вчитися? Методичний посібник/ Т. Д. Ілляшенко. — К.: Вид-во „Початкова школа”, 2003. — 128 с.
6. Лебединская К.С. Клиническая систематика задержки психического развития // Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития у детей [Текст] / Под ред. К.С. Лебединской. —М.: Педагогика, 1982. —С.56-112.
7. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция [Текст] // Е.М. Мастюкова. — М.: Просвещение, 1992. — 95 с.
8. Никишина В. Б. Практическая психология в работе с детьми с задержкой психического развития: пособие для психологов и педагогов [Текст] // В.Б.Никишина. — М.: ВЛАДОС, 2004. — 126с.

9. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений [Текст] / под ред. Кузнецовой Л. В. — М.: Академия, 2003. — 480с.
10. Піддубна Н.Г. Алгоритми математичної обробки результатів психолого-педагогічного дослідження [Текст] // Н.Піддубна, О.Кошелєв, Д.Зубцов. — Слов'янськ, СДПУ, 2005. — С45-63.

Тема 2.3.3. Діти з відхиленнями емоційно—вольової сфери та соціальної поведінки.

План

1. Загальна характеристика порушень емоційно-вольової сфери. Основні фактори порушень емоційної сфери людини
 2. Психологічні причини емоційно-вольових відхилень
 3. Діти з розладами поведінки.
 - 3.1. Синдром гіперактивності і дефіциту уваги у дітей
 - 3.2. Психопатичні форми поведінки. Характерологічні акцентуації.
 - 3.3. Девіантна поведінка дітей та підлітків, її біопсихічні та соціальні детермінанти. Адаптивна поведінка дітей та підлітків.
 - 3.4. Причини і прояви шкільної дезадаптації
 - 3.5. Дитячий аутизм. Роль психолога у діагностиці, попередженні та корекції порушень емоційно-вольової сфери та соціальної поведінки.

Загальна характеристика порушень емоційно-вольової сфери.

Життєдіяльність як дорослої людини, так і дитини відбувається у постійних контактах з іншими людьми, предметами та явищами навколишньої дійсності. До всього, що оточує людину, вона виявляє певне ставлення, яке проявляється у різноманітних емоціях. Це ставлення може бути позитивним, негативним або нейтральним. Нейтральне ставлення не пов'язане з виникненням емоцій. Якщо предмети, явища відповідають потребам, можливостям людини, вони викликають позитивне ставлення та виникнення позитивних емоцій (задоволення, радості, захоплення тощо). В

протилежному випадку виникає негативне ставлення та відповідні емоції (страх, образа, туга, сум, смуток, пригніченість, збентеженість, схвильованість тощо). Інакше кажучи, в емоціях відображаються переживання людини, співвідношення між бажаннями, потребами та можливостями їх задоволення.

Емоції можна розглядати й відповідно до того, який стан вони викликають: активний чи пасивний, підвищують чи пригнічують життєдіяльність людний. З цього погляду емоції поділяються на дві групи - стеничні та астенічні. Стеничні емоції підвищують активність, енергію, життєдіяльність, викликають підйом, бадьорість завдяки посиленню роботи серцевої системи, підвищенню артеріального тиску, темпу та глибини дихання. До стеничних емоцій відносяться радість, задоволення, захоплення. Астенічні емоції знижують активність, пригнічують життєдіяльність. Це туга, смуток, образа тощо.

Емоції впливають на перебіг різних психічних процесів - сприймання, пам'яті, уяви, мислення, зумовлюють формування певних рис характеру особистості. Емоційний тон присутній уже у відчуттях, які можуть бути приємними та неприємними, викликати позитивні та негативні емоції. Процес сприймання людини, яка охоплена радістю, незалежно від об'єкту сприймання, буде різче відрізнятися від сприймання особистості, що переживає сум, смуток.

Позитивні емоції покращують процеси пам'яті, мислення. Психологами виявлено певні закономірності зв'язку емоційних станів з інтелектуальними процесами: стан радості, захоплення сприяє успішному виконанню пізнавальних, проблемних завдань, тоді як негативні емоції, стани гальмують їх виконання. Позитивні емоції активізують різні види діяльності людини, негативні зменшують активність.

Вольові процеси також тісно пов'язані з емоціями. Характер емоційного забарвлення настрою позначається на всіх етапах вольової дії: та усвідомлено підкреслюють гуманістичну спрямованість розвитку особистості такої дитини, яка представлена цілим комплексом

характеристик: чесність, чуйність, товариськість, здатність до співчуття, чутливість. Діти, що демонструють такі особистісні якості, дійсно переживають "за всіх", сприймають чужий біль як власний, вболівають за інтереси іншої людини. Вони можуть заплакати від жалю до людини, тварини, пташки, рослини, готові прийти на допомогу тим, хто відчуває в ній потребу.

Основні фактори порушень емоційної сфери людини

У психологічній літературі емоційні порушення в дітей розглядаються як негативні стани, які виникають на фоні важко вирішуваних особистісних конфліктів (А.В. Запорожець, А.І.Захаров.)

Традиційно виділяються три групи факторів, що призводять до виникнення емоційних порушень у дітей: біологічні, психологічні та соціально-психологічні.

Біологічні передумови емоційних порушень включають у себе:

- генетичні фактори,
- індивідуально-типологічні характеристики особистості дитини,
- соматична ослабленість внаслідок частих захворювань, яка сприяє виникненню різних реактивних станів і невротичних реакцій переважно з астенічним компонентом;
- у дітей з хронічними соматичними захворюваннями, ці емоційні порушення не є прямим результатом хвороби, а пов'язані з труднощами соціальної адаптації хворої дитини і з особливостями її самооцінки.

Психологічні причини емоційно-вольових відхилень:

1. У виникненні емоційних відхилень на ранніх етапах розвитку дитини певна роль належить переживанням матері під час вагітності. Переважна більшість сучасних матерів у цей період перебуває у стані емоційного стресу, який пов'язаний із хвилюванням щодо можливості патології вагітності, пологів, народжень хворої або мертвої дитини в результаті дії несприятливих чинників (підвищений радіаційний фон, наявність важких елементів у продуктах харчування тощо). Таким чином, тривожність на

гормональному рівні у період пренатального розвитку дитини створила передумови для проявів тривожності у перші роки її життя.

2. Зростання нервово-психічного напруження у складних соціально-екологічних умовах, занепокоєння здоров'ям та долею дитини, сім'ї спричиняють невротизацію батьків. Це негативно відображається на емоційних контактах дорослих з дитиною. Батьки, які перебувають у стані емоційного стресу, переживають тривогу, хвилювання, не можуть забезпечити дитині психологічний комфорт. Навпаки, вони є джерелом підвищеного неспокою, що створює передумови для виникнення емоційних розладів у дитини.

3. Психотравмуючі ситуації в дітей, що потерпіли від Чорнобильської катастрофи, пов'язані також із їх тривалим перебуванням поза сім'єю під час різних лікувальних та оздоровчих заходів.

4. авторитарний характер навчально-виховного процесу в дошкільних закладах освіти, особливостями якого є зосередження уваги лише на процесі засвоєння знань.

Соціально-психологічні передумови емоційних порушень:

- виховання у неповних сім'ях,
- повторний шлюб у батьків, часті конфлікти у сім'ї,
- різні підходи до виховання дитини у батьків,
- низький рівень освіти у батьків,
- тривала розлука з батьками,
- важке тривале захворювання і/або смерть одного з батьків,
- алкоголізм або наркоманія у батьків, родичів, несприятливі побутові умови.

Діти з розладами поведінки

Розлади поведінки у дітей вітчизняними психологами і психіатрами розглядаються у рамках дисгармонійного варіанту дизонтогенезу. Дисгармонійний розвиток за своєю структурою до певної міри нагадує спотворений розвиток. Ця схожість полягає у поєднанні явищ ретардації

одних систем з парціальною акселерацією інших. Спостерігається і схоже із спотвореним розвитком порушення ієрархії у послідовності розвитку психічних функцій.

Відмінність дисгармонійного розвитку від спотвореного полягає в тому, що основою цього виду дизонтогенезу є не поточний хворобливий процес, що створює на різних етапах різні види спотворених міжфункціональних зв'язків, а вроджена чи рано набута стійка диспропорційність психіки переважно в емоційно-вольовій сфері. Ця диспропорційність зумовила формування багатьох аномальних варіантів особистості.

Моделлю дисгармонійного розвитку є ряд психопатій, насамперед конституційних, переважно спадково зумовлених, а також так звані патологічні формування особистості у результаті неправильних умов виховання. Відсутність як грубих психопатологічних розладів, так і прогресу порушень розвитку, характерних для поточного хворобливого процесу, обмеженість дизонтогенезу переважно особистою сферою переносять акцент ряду закономірностей становлення даної аномалії розвитку з біологічного чинника на соціальний.

Міра вираженості психопатії і навіть її формування значною мірою залежать від умов виховання і оточення дитини. Труднощі соціального пристосування сприяють формуванню ряду компенсаторних і псевдокомпенсаторних утворень. Зарубіжні психологи і психіатри розглядають проблеми поведінки ширше як дії дитини, не відповідні її віку, порушують сімейні очікування, суспільні норми і особисті права або права на власність інших людей. З психіатричної точки зору проблеми поведінки визначаються як явні психічні розлади соціальної поведінки, стійкі патерни антисоціальної поведінки. З психологічної точки зору проблеми дитини пов'язані з поведінкою, що полягає в поєднанні імпульсних, надактивних і делінквентних (протиправних) вчинків.

Як правило, антисоціальна поведінка у звичайних, не проблемних дітей і підлітків виникає і потім іде на спад у процесі нормального розвитку. Так, наприклад, більшість дітей до 2 років починають проявляти агресію і

привчаються стримувати її на той час, коли вступають до школи. Близько 50% батьків говорять, що їхні діти-дошкільники говорять неправду, не слухаються або псують речі, і лише 10% батьків підлітків стверджують те ж саме про поведінку своїх дітей, які підросли.

Тенденції до формування психопатії у дітей виявляються у здійсненні жорстоких актів насильства над однолітками або тваринами, відсутності інтересу до інших людей, відсутності відчуття сорому і каяття совісті, нестриманості своїх емоцій. Хоч більшість дітей з проблемами поведінки володіють нормальним інтелектом, у середньому їх інтелектуальні можливості нижчі, ніж у однолітків, в основному, за рахунок зниження вербального показника і недоліку мовної функції. Це можна пояснити такими чинниками, як низьке соціальне положення сім'ї, несприятливі умови виховання, а також гіперкінетичним розладом і дефіцитом уваги. Нижчі розумові здібності виявляються на ранніх стадіях розвитку дитини задовго до того, як виникнуть проблеми з поведінкою.

Діти з проблемами поведінки рідко враховують наслідки своїх вчинків і їх вплив на інших. Вони не можуть контролювати свою імпульсивну поведінку, утримувати в свідомості соціальні цінності і пристосовувати свою поведінку до змінної ситуації.

Існує тісний зв'язок між проблемами у навчанні в школі і розладами поведінки. Як правило, такі діти є стійко неуспішними не лише від слабких навчальних навиків, але і від ставлення до них педагогів. Більшість дітей реагують на вимоги дисципліни і покарання так, що антисоціальність їх поведінки зменшується. У дітей з розладами поведінки відбувається зворотне явище – вони поведуться ще зухваліше, коли їх карають. Тому педагоги відносять їх до «важких» дітей.

У корекції поведінкових розладів у дітей застосовують різні методи – медикаментозну терапію, психологічну корекцію супутніх проблем, а також тренінг батьківської (педагогічної) компетентності і тренінг навиків дозволу проблем.

Тренінг батьківської (педагогічної) компетентності вчить батьків або педагогів змінювати поведінку дитини, використовуючи техніку управління. Головна увага приділяється вдосконаленню взаємодії батьків і дітей, педагогів і дітей: поліпшенню комунікації, задоволенню потреб в увазі тощо.

Когнітивний тренінг навиків дозволу проблем призначений для навчання дитини оцінювати ситуацію, бути чутливішою до того, що переживають інші люди, знаходити альтернативні або більш відповідні рішення.

Міра успіху або невдачі в корекції антисоціальної поведінки залежить від типу і глибини проблем поведінки дитини, пов'язаних з ними супутніми розладами, адекватності соціально-психологічних умов навчання і виховання, своєчасної психологічної допомоги.

Синдром гіперактивності і дефіциту уваги у дітей

Термін «синдром гіперактивності і дефіциту уваги у дітей» (СГДУ) описує поведінку дітей, які виявляють стійкі і невідповідні їх віку симптоми неуважності і гіперактивності. Його можна ідентифікувати за характерними патернами поведінки, яка дуже схожа у різних дітей: вони неуважні, не надають значення звичайним вимогам, поведуться безтурботно, неначе не чують звернені до них слова, знаходяться у постійному русі і здійснюють необдумані вчинки.

За деякими даними, СГДУ виявляється у 3–5% дітей шкільного віку, причому у хлопчиків виявляється в 2–3 рази частіше. Вперше симптоми гіперактивності були описані англійською лікаркою Джорджем Стіллом у 1902 році. Важливу роль у формуванні синдрому гіперактивності і дефіциту уваги у дітей, поряд з біологічними чинниками (раннім органічним ураженням мозку, механізмами спадковості), відіграють соціально-психологічні чинники, у тому числі зовнішньо- і внутрісімейні. Мабуть, при формуванні СГДУ у дітей соціально-психологічні чинники модифікують прояви наслідків ранніх пошкоджень ЦНС і дію механізмів спадковості. Вплив біологічних чинників, ймовірно, має вирішальне

значення у молодшому віці, але потім зростає роль соціально-психологічних чинників і перш за все – внутрісімейна ситуація.

У групі дітей з СГДУ наголошується вплив наступних негативних внутрісімейних чинників: виховання у неповних сім'ях, повторний шлюб у батьків, часті конфлікти у сім'ї, різні підходи до виховання дитини у батьків, низький рівень освіти у батьків, тривала розлука з батьками, важке тривале захворювання і/або смерть одного з батьків, алкоголізм або наркоманія у батьків, родичів, несприятливі побутові умови.

Слід зазначити, що у значної кількості дітей із СГДУ в цілому благополучна атмосфера і високий рівень зацікавленості рідних у подоланні проблем, що є у дітей, які сприяють усуненню негативних поведінкових проявів.

Основні симптоми гіперкінетичного розладу дитини:

- совається або рухає руками або ногами, коли сидить;
- встає з місця в класі або в інших ситуаціях, коли передбачається безперервне сидіння;
- біжить або залізає будь-куди у невідповідній ситуації;
- не може грати тихо;
- здійснює дії «на ходу» або «як заведений»;
- дуже багато говорить;
- починає відповідати, не дослухавши запитання;
- не може діждатися своєї черги в грі;
- перериває інших або заважає їм, наприклад, втручається у розмови.

При дефіциті уваги нерівномірно страждають всі характеристики уваги як психічної функції. Основний дефіцит – в стійкості уваги.

Неуважним дітям дуже важко підтримувати розумову напругу під час роботи або гри. Їм важче зосереджуватися на одній мові або виконувати завдання і інструкції. Ці діти автоматично звертають увагу на те, що їм подобається, але у них виникають значні труднощі, коли потрібно сконцентрувати увагу на нових або менш привабливих завданнях. Звичайні скарги з приводу неуважності пов'язані з тим, що дитина не слухає або не

хоче слухати, не виконує інструкцію або завдання, не закінчує роботу. Інші скарги виникають, коли дитина не організована, не може зосередитися, легко відволікається і швидко втрачає інтерес до важких занять.

Для дітей з СГДУ характерне порушення соціальної взаємодії у сім'ї і школі, оскільки вони неслухняні, малопередбачувані, запальні і агресивні. Внаслідок цього у них нерідко виникають конфлікти з іншими дітьми і дорослими.

Більшість дітей мають нормальний рівень розвитку інтелекту. Проте їм важко застосовувати свій інтелект у звичайних повсякденних ситуаціях. Вони зазнають труднощів, пов'язаних з мовними розладами, недостатністю когнітивних навичок і інших психічних функцій, реалізація яких тісно пов'язана з саморегуляцією. Вже в молодших класах у них виникають проблеми з успішністю, особливо з читання і математикою.

На сьогоднішній день немає універсального засобу корекції СГДУ, фахівцями використовується комплексний підхід для того, щоб допомогти дітям впоратися з їх багаточисельними проблемами. Основне положення – процес коректувальної роботи має бути добре організований, проходити у впорядкованій, структурованій обстановці, яка компенсує дитині її недолік організаційних навиків.

Метою коректувальної роботи є усунення симптомів гіперактивності, які виявляються у школі і вдома. Для цього проводиться тренінг батьківської компетентності – навчання батьків вирішенню конфліктів, управлінню поведінкою дитини, правильній комунікації, наданню їй підтримки. Дитину насамперед навчають навикам саморегуляції своєї поведінки, соціально-прийнятним формам поведінки. Педагогічна робота спрямована на підвищення успішності, створення ситуації успіху у позанавчальній діяльності. У ході роботи з дитиною проводиться сімейне консультування для усунення напруженості в сім'ї, встановлення довірливих стосунків. Медикаментозне лікування, призначене лікарем, також сприяє нормалізації поведінки дитини.

Як і при інших видах розладів, коректувальна робота з дітьми з СГДУ повинна виходити з положення, що, не дивлячись на порушення, у дітей багато позитивних сторін, якостей і ресурсів, які слід знаходити і підтримувати.

Психопатичні форми поведінки

Під психопатіями або розладами особистості розуміють стійкі аномалії особистості, які характеризуються дисгармонією емоційно-вольової сфери та своєрідним, переважно афективним мисленням. Психопатичні особливості проявляються в дитинстві або юності і без значних змін зберігаються протягом усього життя. Вони охоплюють особистість, визначають її структуру і, звичайно, перешкоджають повноцінному пристосуванню до навколишнього середовища, ускладнюють її адаптацію. Переважна більшість психопатичних осіб залишається поза увагою психіатрів, тому виявлення справжньої розповсюдженості психопатій серед населення дуже ускладнено. *Психопатія* - це незвичайний, аномальний характер, походження якого залишається недостатньо з'ясованим.

Існують три основні погляди на дане питання. Згідно з першим, психопатію вважають вродженим стражданням. Відповідно до другого, спотворення характеру формуються протягом життя людини під впливом несприятливих факторів мікросередовища й умов виховання.

Прихильники третього розглядають походження психопатій як результат взаємодії вроджених і діючих у ранні роки розвитку особи факторів. За особливостями походження О. В. Кербіков поділяв психопатів на [5]:

- ядерні - вроджені, конституційні, тобто зумовлені особливостями загальної тілобудови;
- крайові, які формуються внаслідок несприятливих впливів середовища;

- органічні, що виникають після перенесених в дитинстві та в юності різних захворювань. Формування психопатій відбувається до кінця пубертатного перехідного періоду, до того часу, коли завершується розвиток характеру людини. За клінічними особливостями, з урахуванням найбільш виразних аномальних рис характеру, виокремлюють кілька варіантів психопатій: збудливого типу (кола); істеричного типу; паранояльного типу; гальмівні; шизоїдного типу; нестійкі або мозаїчні.

Психопатії збудливого типу. Підвищена дратівливість, збудливість у поєднанні з експлозивністю (вибуховістю), через що існує назва "психопатії експлозивного типу", переважання злобності в коливаннях настрою, мстивість, в'язкість афективних реакцій, схильність до бурхливих проявів афекту у відповідь на часто незначні причини - ось головні характерологічні ознаки, що проходять через все життя таких психопатичних осіб. Це здебільшого постійно нічим невдоволені люди, котрі шукають зачепок для прискіпувань. Коливання настрою у них, як правило, зумовлені зовнішніми чинниками, може спостерігатись і підвищений настрій, однак він не досягає радісного ставлення до життя. Збудливі психопатичні особи переважно злобні, їм бракує розсудливості і холодної оцінки ситуації, тому дрібні щоденні неприємності викликають у них виразні емоційні вибухи, спалахи нестримного гніву. Особливо чітко це виявляється у частих сімейних конфліктах. Психопатичні особи цього типу надто нетерпимі до чужої думки, не виносять протиріч. Ці риси в поєднанні з властивим їм егоїзмом, небажанням рахуватися з інтересами інших дають привід для поганих відносин з оточуючими. Повсякденні зіткнення призводять до уявлення про якесь їхнє особливе призначення. На тлі неприємних відносин з оточуючими ці якості виливаються у дріб'язкову прискіпливість, підозрілість. Такі особи образливі, злопам'ятні, застережливо відносяться до близьких, які часто не приймають їх вимог, чинять спротив їхнім примхам. Таке ставлення, звичайно, поглиблює конфлікти. У суперечках із різних причин хворі доводять свою правоту не стільки логічними тлумаченнями, скільки

намаганнями "перекричати" опонентів, здобути перевагу своїм сварливим характером. Вони прямолінійні, вперті. У декого з них виробляється своєрідна поза "борця за справедливість", "захисника" різних прав, при цьому вони намагаються подати себе більш справедливими та достойними, ніж оточуючі, іноді вступають у конфлікти, коли "несправедливість" стосується третіх осіб, але швидко переходять до своїх особистих егоїстичних інтересів. Через вищенаведені особливості характеру психопати цієї групи виявляються невживчивими в колективах, вимушені часто змінювати місця своєї роботи. На тлі основних рис особистості, характерних для збудливої психопатії, можуть виявлятися деякі додаткові риси, які дозволяють визначити різні варіанти цієї групи. В одних випадках - це дефензивні риси: улесливість, педантичність, акуратність, злопам'ятність, жорстокість, що нагадують епілептичні риси; в інших - нестриманість, відсутність спроб приховувати свої почуття, деяка театральність їх експлозивних проявів, схильність до сліз у стані збудження, тобто особливості, які зовні нагадують істеричні ознаки. Ці додаткові якості слугують ніби надбудовою над основною структурою психопатичної особистості, що додають відповідних відтінків афективним проявам таких осіб.

Психопатії істеричного типу. Головною особливістю істеричних психопатичних осіб є бажання будь-що привернути до себе увагу оточуючих, тому їхня поведінка характеризується демонстративністю, театральністю, позбавлена простоти і природності. Їм необхідно бути в центрі уваги, щоби про них говорили, ними захоплювалися, і задля досягнення цього хворі не гребують жодними засобами. Психічна незрілість, інфантилізм, які характерні істеричним особам, не дають їм можливості досягнути здійснення своїх претензій шляхом виховання та розвитку власних дійсних здібностей. Їхні почуття поверхневі, невірноважені та нестійкі, зовнішнє оформлення емоційних реакцій неадекватне, глибина реакції та суб'єктивна значимість невеликі. На висоті афективного розряду в істеричних психопатичних осіб зберігається

можливість контролювати свою поведінку, врахувати ситуацію - "гра на глядача". Для них є характерними часті зміни настрою, швидкі коливання симпатій та антипатій, своєрідна "спотвореність" почуттів, яка може полягати в поєднанні зовнішньої доброзичливості з внутрішньою холодністю емоцій. Вольові аномалії істеричних осіб визначаються підвищеною навіюваністю і самонавіюваністю, котрі мають вибіркового характер тільки стосовно того, що відповідає їхній потребі привертати до себе увагу. Вони нездатні до довготривалого напруження вольових зусиль заради мети, котра не обіцяє їм швидких лаврів і захоплення з боку оточуючих. Істеричним психопатичним особам властивий "художній тип мислення". Розумові висновки в них дуже суперечливі: замість логічного зіставлення фактів і тверезої оцінки дійсності їх часто захоплюють безплідні вигадки, які є продуктом по-дитячому багатой і нестримної фантазії. При уявній повній переконаності істеричних осіб у своїх фантазіях межа між реальним і фантастичним не зникає повністю. Вони завжди можуть розмежувати дійсне та вигадане, не дивлячись на часто повну захопленість своїми враженнями. Істеричні психопати рідко досягають успіхів у позитивній, творчій діяльності. Намагання постійно перебувати в центрі уваги, бути оригінальними їм заважають. У скрутних ситуаціях у них легко виникають істероневротичні реакції - бурхливі афективні реакції з демонстративними плачем і вигуками, нанесенням собі пошкоджень, агресією щодо оточуючих, істеричними нападами, іноді у формі істеричних фізичних симптомів. Можливо виокремити дві групи особистісної структури: збудливу та гальмівну. До першої відносяться яскраві натури, стенічні в досягненні своїх цілей, екстравертовані, екстравагантні, "вимагаючі визнання", нетерпимі до зауважень і заперечень. Протидія їм або нерозуміння оточуючих спричиняє в них бурхливі афективні розряди. Для істеричних осіб, котрі відносяться до гальмівної групи, характерні підвищена вразливість, чутливість, фантазування, схильність до швидкої виснажливості, невротичних реакцій, які легко фіксуються. При несприятливих ситуаційних впливах вони схильні замикатися в собі,

входити в світ власних фантазій і домислів. У деяких випадках у таких умовах відбувається реалізація поведінки за типом "втеча в хворобу".

Психопатії паранояльного типу. При паранояльних психопатіях головними патохарактерологічними проявами є особлива схильність до надцінних утворень, поєднаних із малою гнучкістю психіки, підозрілістю і, зазвичай, підвищеною самооцінкою. Виразні надцінні ідеї, а також перші паранояльні ідеї та реакції з'являються у цих хворих лише близько 20-25-річного віку. Однак і в більш ранньому віці виявляються патохарактерологічні реакції, які вказують на їх особливість і своєрідність. З дитинства їм властиві однобічні захоплення, які поєднуються з впертістю, прямолінійністю. Переоцінка своїх здібностей виявляється в тенденції до лідерства, самоствердження. Такі особи надзвичайно чутливі до ігнорування їхньої думки, схильні до перебільшення значення розходжень у поглядах, вкрай образливі та злопам'ятні. Їх егоїзм, безкомпромісність, бажання в кожній ситуації вчиняти по-своєму, безапеляційна категоричність міркувань, як правило, заважають підтримувати рівні стосунки в колективах і сім'ї. З віком властиві цим особам особливості, зазвичай, підсилюються. Хворі стають більш консервативними та ригідними, нетерпимість до іншої думки переростає в них у відкриту ворожість. Схильність до виникаючих і домінуючих ідей, які стосуються афективно значущих переживань, як правило, поєднуються з вузькістю мислення, його конкретністю, часто поверхневістю уявлень, банальністю і трафаретністю висловлювань і розумових висновків. На фоні конфліктних відносин у психопатичних осіб паранояльного типу дуже загострюються недовірливість, підозрілість, схильність до фантазування. Афективна охопленість у таких випадках визначає однобічну оцінку дійсності, своєрідний відбір та інтерпретацію різних подій на підтвердження власної точки зору. Внаслідок цього виникаючі підозри все більше укріплюються, обростають "доказами", набувають маячного забарвлення. Таким чином, у психопатичних осіб у несприятливих умовах може розвинути

паранояльне маячення, зміст якого тісно пов'язаний з психотравмуючими обставинами (сутужно-паранояльний розвиток, маячення ревнощів, винахідництва тощо). У хронічних психотравмуючих умовах паранояльні переживання хворих можуть розширюватись і систематизуватися, набуваючи стійкого малокурабельного характеру (стан параної або паранояльний стан).

Гальмівні психопатії. Патологічні особи, в структурі яких провідне місце займають астенічні та психастенічні патохарактерологічні прояви, об'єднуються у цю групу психопатії. Основою для цього є гальмівний, пасивний характер реакцій на різні психотравмуючі події. В астенічних психопатичних осіб із дитинства спостерігається підвищена несміливість, нерішучість, вразливість. Особливо сором'язливими вони стають в новій обстановці, серед малознайомих людей, де їх не полишає відчуття власної неповноцінності. Підвищена чутливість, "мімозність", проявляється у таких осіб стосовно як психічних подразників, так і фізичних навантажень. При цьому ними відчуваються виразні коливання працездатності, спади настрою, стомленість, розбитість. Постійні якості цих осіб - подразлива слабкість, спалахи афекту при будь-яких напруженнях, непосильних для них. Характерним є дещо пригнічений фон настрою з легкою тривожністю, невпевненістю у собі при зіткненні навіть із незначними труднощами. Дещо пізніше, в підлітковому віці, до цих астенічних патохарактерологічних особливостей можуть приєднуватися психастенічні риси. У таких осіб виявляються підвищена рефлексія, прагнення до постійного психічного психоаналізу та самоконтролю. Із застереженням вони ставляться до всього нового, що спричиняє у них відчуття страху, тривоги, своєї неповноцінності. Часто при цьому з'являється схильність до настирливих сумнівів, легко формуються різні фобії. Вольові прояви психопатичних осіб гальмівного кола характеризуються недостатністю, в них часто можна відзначити слабкість потягів - поганий апетит, відставання у сексуальному розвитку й аномальна сексуальність у дорослому віці (імпотенція,

гомосексуалізм, педофілія). Характерні і такі соматичні компоненти, як головні болі, розлади сну, неприємні відчуття в ділянці серця. Неухильні зіткнення з оточуючим середовищем у більшості випадків супроводжується в цих осіб астеничними емоціями пригніченості, сорому, відчуттям поразки та стражданням. Властиві гальмівним психопатичним особам патохарактерологічні особливості часто заважають їх адаптації в колективі і сприяють створенню конфліктних ситуацій у різних сферах міжособистісних відносин (виробничих, сімейних тощо). В цих ситуаціях відбувається психопатична реакція з загостренням відчуття неповноцінності, відмовою від подальших дій, з фіксацією на іпохондричних переживаннях. У хронічних психотравмуючих ситуаціях можливе ускладнення структури психопатії з розвитком вторинних істеричних, параноїчних рис характеру.

Психопатії шизоїдного типу. В осіб на це захворювання поряд із вразливістю, несміливістю, інерцією в життєвих колізіях відзначаються такі особливості, як уникання спілкування, інтравертованість, схильність до внутрішньої переробки своїх переживань, ускладнення контактів з особами найближчого оточення, схильність до фантазування на далекі від реальності теми, холодність до близьких, чопорність і дивакуватість у поведінці. Проявляється також відсутність почуття гумору, надлишкова серйозність або сентиментальність, мрійливість. Вони виявляють схильність до самоаналізу, рефлексії, нерідко - високий освітній ценз, добру здатність до навчання при слабкій моторній вмілості. Їхні професії та захоплення відносяться переважно до галузі літератури, мистецтва, музики, теоретичних розділів науки. Захоплення нерідко "нестандартні", з прагненням до незвичайного (авангардистське мистецтво, поп-музика, екстрасенси, уфологія тощо). Разом із тим їхні захоплення не мають характеру відірваності від зовнішнього світу і дуже розповсюджені в мікрогрупах, в яких обертаються ці особи. Вони часто міняють професію, роботу, місце проживання, причому ці зміни мотивуються пошуками

цікавіших занять "для душі", "романтичних", "незвичайних" місць проживання. Всі ці пошуки спрямовані на максимальне самозадоволення без прагнення матеріального успіху або слави. Такими ж нерівними складаються в них і сімейні відносини внаслідок непорозумінь і відсутності спільних інтересів.

Нестійкі психопати характеризуються надзвичайною нестійкістю інтересів, захоплень, планів, рішень, нездатністю до тривалого зосередження, одноманітної діяльності. Вони підвищено навіювані та легко підпадають під чужий вплив. Залежно від характеру соціального середовища ці особливості психопатів можуть бути то більше, то менше виразними. При наявності відповідного оточення ці особи легко втягуються в азартні ігри, впливають наркотики, алкоголь, стають сексуально розбещеними. Нерідко вони схильні до реакцій за збудливим та істеричним типами. Сьогодні психіатри все частіше застосовують поняття "мозаїчна психопатія" у випадках, коли в клінічній картині досліджуваних осіб у різний час проявляються тією, чи іншою мірою виражені ознаки майже всіх вищенаведених характерологічних особливостей. Особливості клінічного перебігу психопатій, їхня патологічна динаміка. Особи, які страждають на психопатії, відзначаються значною чутливістю до різних зовнішніх впливів і біологічних змін, що відбуваються протягом всього їхнього життя. Ці фактори змінюють клінічну картину психопатій, зумовлюючи загострення психопатичних проявів, тимчасові і довготривалі реакції та розвитки. Такі тимчасові зрушення в стані психопатичних осіб позначаються як динаміка психопатій. Це поняття ввів у психіатрію Ганнушкін. Він підкреслював, що динаміку психопатій можна розуміти широко і вузько; в широкому плані розглядаються зміни складу особи впродовж життя під впливом вікових кризів. Вікові види динаміки психопатій, які є підґрунтям для психопатичних так званих екзацербаций, переважно не мають великого судово-психіатричного значення крім загострення пубертатного періоду. В судово-психіатричній клініці головне місце, як причина небезпечних дій і

привід для екскульпації, займають психопатичні декомпенсації, реакції, розвитку. Найбільш загальним механізмом динаміки психопатій є компенсація і декомпенсація патологічного стану.

Компенсація - стан динаміки психопатій, коли в результаті розвитку вторинних характерологічних рис, які мають захисну роль щодо первинних особливостей, забезпечується тимчасова адаптація особистості до мікросередовища. Цей стан відрізняється мінімальними проявами патологічних рис характеру та задовільними показниками соціальної пристосованості особистості. Більшість психопатичних осіб скоюють протиправні дії у стані компенсації, що й визначає їх осудність. Компенсація відбувається двома шляхами. Перший з них зумовлений впливом соціально сприятливих умов, за яких відбувається згладжування основних психопатичних особливостей. Другий - за допомогою виробітку вторинних психопатичних рис, які затушовують провідний симптомокомплекс, який пов'язаний із внутрішніми ресурсами психопатичної особи, котрі дозволяють знайти шляхи пристосування до зовнішнього середовища.

Декомпенсація психопатій характеризується явним загостренням, вип'ячуванням усіх основних патологічних рис особистості, тимчасовим або тривалим порушенням соціальної адаптації, яка була раніше. Як правило, декомпенсація є наслідком зовнішніх впливів, психотравмуючих ситуацій на психопатичну особу. Її виникнення пов'язано також із типологічними особливостями певного варіанту психопатій: декомпенсуючі умови для одних варіантів особистісної патології можуть бути адекватними і навіть компенсуючими для інших. Так, сімейно-побутові конфлікти зумовлюють загострення в одних, збудливих, але відносно рідко в других, астенічних. До умов строгої дисципліни добре пристосовуються астеніки, непогано епілептоїди, але практично не здатні до адаптації в такій обстановці нестійкі та шизоїди. У судово - психіатричній практиці найбільше значення мають реакції - такі зміни особистості, коли значно підсилені

характерологічні риси є основним реактивним комплексом. Це психопатичні реакції в межах ресурсів особистості, при яких у відповідь на зовнішні психотравмуючі впливи виникає огрубіння, поглиблення основних, облігатних сторін характеру. Психопатичні риси виникають, як правило, вслід за основною причиною, що є відповіддю на зовнішній привід. Результатом таких впливів є значне емоційне напруження, тривожність, невпевненість у майбутньому. Поступове накопичення та сумація від'ємних переживань призводить до того, що часто незначний зовнішній привід - образа чи порушення намічених планів - спричиняє бурхливий афективний розряд, виразну емоційну реакцію.

За клінічними особливостями виділяють такі реакції:

1. Одні з них є характерологічними кількісними змінами рис у межах ресурсів особистості. Ці реакції швидкоплинні, тривають від кількох годин до кількох днів. Відреагування афекту, заспокоєння після таких загострень супроводжується недовготривалим періодом психічної та фізичної астенії.
2. Другий варіант психопатичних характерологічних реакцій - неоднозначних типових психопатій полягає в тому, що на фоні загострення постійних рис особи з'являються інші форми реагування: найчастіше істеричні, агресивно-вибухові, іноді астенічні. При цьому нерідко виникають реакції, контрастні основному типові психопатій, наприклад, астенічні у збудливих або агресивно-вибухові у гальмівних. Неоднозначні реакції виникають в особливо складній ситуації, з украй виразною суб'єктивною значимістю для особистості (крах сподівань, тяжка, невиліковна хвороба рідних, змушена зміна звичних обставин). У стані неоднозначної реакції з найбільшою чіткістю прослідковуються властиві психопатіям порушення емоційно-вольової та інтелектуальної сфер, що призводять до некритичної, маловмотивованої поведінки з порушенням здатності керувати своїми вчинками. Дії таких осіб відбуваються ніби без розумової переробки їх наслідків, при цьому поведінка переважно визначається наявністю незвичних способів реагування. Велике місце в

клініці психопатичної динаміки займає патологічний розвиток. Він складається з реакцій, які фіксують поступово клінічні явища і формують відносно стійкі зміни особистості. Патологічний паранояльний розвиток особистості при психопатіях є варіантом ситуаційного її розвитку, в основі якого лежить психічна травма, що впливає на психопатичну особу. У своєму перебігу паранояльний розвиток особи проходить кілька етапів. Після травмуючих обставин починається загострення психопатичних рис із появою невротичних явищ у вигляді загального нездужання, головних болей, розладів сну, апетиту з настирливими уявленнями, пов'язаними зі змістом психічної травми. Наступний етап характеризується наявністю домінуючих ідей з фіксацією на негативно забарвлених переживаннях, підсиленням конфліктності з людьми, з якими пов'язана патогенна обстановка. На етапі домінуючих уявлень коло осіб, втягнутих у патологічні переживання, є конкретним, тлумачення обставин не виходить за межі звичайних відносин. Висловлювання обмежуються реальними обставинами, які, однак, можуть інтерпретуватися спотворено, зі суб'єктивних позицій. Поза конфліктом домінуючі ідеї не виявляються, зберігається соціальна адаптація, працездатність. Можливе критичне відношення та розвінчування хибності установок хворих. Подальший етап паранояльного розвитку зумовлюється продовженою дією несприятливої ситуації. Якісно змінюється психіка, з'являються патологічні надцінні ідеї. В цей час змінюється критичне ставлення до ситуації та хворобливих висловлювань, зникає необхідність пошуку доказів вини тих, хто "образив", виникає патологічна інтерпретація дійсного становища і минулих вчинків осіб, з якими існував конфлікт. Патологічні ідеї генералізуються, коло втягнутих до них осіб стає ширшим. Отже, розвивається маячна система, часто розгалужена та складна. Суспільна небезпечність хворих із паранояльною маячною і домінуючими ідеями велика. При цій формі патології (зокрема при ідеях ревностів) правопорушення часто особливо жорстокі супроводжуються нанесенням тілесних ушкоджень, вбивствами. Іншим варіантом патологічного розвитку є "глибока психопатія". У таких

випадках проходить повільне і поступове підсилення виразності облігатних якостей особи з яскравістю емоційних реакцій, огрубінням основного малюнку характерологічних рис. Суспільно небезпечні дії менш тяжкі, ніж в інших варіантах динаміки (крадіжки, бешкетування тощо), котрі переважно не пов'язані з афективними проявами, а зумовлюються спотворенням соціальної адаптації особистості. Часто зустрічаються повторні діяння, теж зумовлені дезадаптацією. Загострення стану із втратою соціальної адаптації, неправильною поведінкою в середовищі тягнуться довго - місяці, роки, змінюючись у більшості випадків повною або частковою компенсацією особистісних особливостей і пристосуванням до навколишнього середовища.

Розлади потягів при психопатіях. Зустрічається кілька синдромів порушення потягів: - сексуальні переверзії, патологічні потяги до підпалювання (піроманія), бродяжництво, (вагабандаж поріоманія) і самогубства (суїцидоманія). *Сексуальні перверзії* – це патологічна спрямованість статевого потягу і перекручування форм його реалізації. *Ексгібіціонізм* виявляється в бажанні оголювати свої статеві органи перед іншими. *Фетишизм* - хвороблива спрямованість сексуального потягу на певні частини тіла, на предмети, що відіграють в уявленні фетишиста самодостатню роль і є умовою для отримання сексуального задоволення. Чим більше відірваний фетишизований предмет чи ознака, тим яскравіше виражена психічна патологія. *Гомосексуалізм* - сексуальний потяг до осіб однієї статі. Сприяти виникненню гомосексуалізму може розбещений вплив "зрілих гомосексуалістів", а також взаємний серед осіб однієї статі онанізм. Форми гомосексуалізму, способи спілкування та їхні типи дуже різноманітні. *Садизм і мазохізм* - сексуальне задоволення, що поєднується зі спричиненням об'єкту свого потягу болі (садизм) або прагненням самому відчувати біль, спричинену іншою особою (мазохізм). Ці полярно протилежні явища зустрічаються іноді одночасно. *Педофілія* - сексуальний потяг до дітей і підлітків; нерідко зустрічається в судово-психіатричній практиці в

зв'язку з притягненням до кримінальної відповідальності за розбещення неповнолітніх. Педофілія як і *содомія* (скотолозтво) та *некрофілія* (статеві акти з трупами), у багатьох випадках є симптомом статевої слабкості, яка призводить до пошуків збуджуючих моментів. В однієї і тієї ж особи можливе поєднання різних форм статевих перекручень. Розрізняють *правдиві (істинні) та неправдиві (псевдо-) перверзії* статевого потягу у психопатичних осіб. Перші з них є більш стійкими та глибокими розладами, які виникають найчастіше на біологічно зміненому (в сексуальному аспекті) підґрунті і характеризуються повною відсутністю нормального статевого потягу. Псевдоперверзії менш стійкі та виразні; вони, як правило, не мають хворобливої біологічної основи і характеризуються пригніченням або підсиленням статевого потягу, але при цьому не виключається можливість безперервного сексуального потягу. Клінічно неоднорідним є інший синдром патологічних потягів - піроманічний. При правдивій піроманії в основі підпалів лежить непереборний потяг до вогню. При цьому характерні перед піроманічними актами розлади настрою дисфоричного типу в поєднанні з відчуттям внутрішнього напруження (але без відтінку злобності і прагнення до агресивних розрядів), імпульсивний характер дій, приступоподібність, повторюваність, поєднання такого приступу із сексуальним збудженням, яке вирішується при спостереженні вогню, відсутність заходів перестороги, спрямованих на приховування своїх тяжких кримінальних дій, пов'язаних із підпалами, нехарактерність їх особі, наступна фрагментарна амнезія. При піроманії неправдивого типу - псевдопіроманії, яка виявляється у вигляді імпульсивноподібних і настирливих дій, підпали мають психологічно зрозумілі корені. Псевдопіроманічний акт є сукупність обміркованих, послідовних і цілеспрямованих дій, з боку особи присутнє критичне ставлення до свого вчинку та передбачення можливих наслідків. При дромоманіях теж можна виокремити два клінічні варіанти, які нерідко змінюють один одного, - псевдо- та істинної дромоманії. При псевдодромоманії втечі з дому бувають, як правило, у дітей в умовах конфліктної ситуації і є проявом

реакції опозиції чи протесту. Така форма реагування на складну ситуацію з повторенням втеч стає звичним стереотипом і переростає у синдром "нестримних потягів". На етапі нестримних істинних дромоманічних потягів видимий зв'язок втечі з дому із психотравмуючими обставинами втрачається, реакція відходу ніби відривається від першопричини та позбавляється психологічної зрозумілості. Дромоманічні акти набувають імпульсивного, немотивованого, безцільного характеру. Суїцидальні тенденції стаються проявом істинного розладу потягів тоді, коли впливають з одного психологічно невиправданого мотиву - бажання вмерти. Псевдосуїцидальні тенденції є або розрядкою афективного напруження, або формою прихованих псевдозахисних схильностей, або, найчастіше, засобом впливу особи на несприятливу ситуацію (суїцидальний шантаж). Як суїцидальні, так і псевдосуїцидальні тенденції можуть виникати епізодично, але інколи набувають і стійкого характеру, що виявляється в ланцюзі суїцидальних епізодів.

Психічна депривація у дитячому віці

Психічна депривація є психічним станом, який виник у результаті таких життєвих ситуацій, при яких людині не надається можливості для задоволення її основних психічних потреб у достатній мірі і протягом тривалого часу.

Термін *депривація* походить від латинського слова *deprivatio* – втрата, позбавлення; англійське дієслово *to deprive* означає позбавити, відняти, відібрати, причому з негативним акцентом – коли мають на увазі позбавити чогось важливого, коштовного, необхідного.

Психічна депривація в дитячому віці -це незадоволення потреби дитини у материнській любові, руховій активності, у враженнях і культурі в широкому сенсі слова. Психологи вважають, що реалізація потреб маленької дитини у враженнях важливіша, ніж у втамуванні голоду або спраги. Психічний розвиток дітей неминуче страждає, якщо дитина не виходить за межі кімнати або палати (у випадку хвороби), якщо її рухи

обмежені або дитина не має достатньої кількості іграшок і контактів з однолітками.

Відомо, що діти, які унаслідок захворювання протягом довгого часу не можуть рухатися, часто страждають депресією, підвищеною збудливістю і агресивністю. Немовлята проявляють занепокоєння, коли їх туго пеленають. Вимушене обмеження рухів завжди негативно позначається на здоров'ї дитини. Це відбувається із-за дефіциту дуже важливих для стану нервової системи відчуттів від м'язів, суглобів, сухожилів. Обмежену рухливість, стан рухового обмеження організм дитини підсвідомо намагається подолати патологічними звичними діями – смоктанням пальців, обкушуванням нігтів, накручуванням волосся тощо.

Повноцінний розвиток дитини можливий тільки у контакті з матір'ю, інакше дитина при будь-якому новому подразнику випробовує страхи і тривогу. Активність дитини в пізнанні оточуючого світу базується на відчутті любові до матері. Довіра до світу, відвертість до сприйняття нового можливі при відчутті постійної материнської турботи. Дефіцит емоційного тепла, який випробовує дитина у дитинстві, надалі важко компенсується.

Будь-який вік важливий у накопиченні знань про світ, становленні особистості дитини. Але особливо значущий період з 2 до 6 років. Проте у житті слід прагнути до того, щоб в будь-якому віці дитина знаходилась в різноманітному, насиченому, сенсорному середовищі. Похмура, одноманітна обстановка не сприяє формуванню яскравої людської індивідуальності.

Не менш небезпечний дефіцит уваги і ласки з боку батьків – так звана материнська депривація. Для повноцінного розвитку дитини важливо, щоб турбота і тепло про неї були зосереджені в одній людині. Найчастіше вони концентруються у біологічній матері, але її може замінити і інший дорослий, якщо він відноситься до дитини з любов'ю. Множинні і постійно змінні контакти з дорослими не сприяють ефективному розвитку емоційності дитини. Саме така ситуація складається у дитячих установах для сиріт. Річ у тому, що маленька дитина не в змозі тривалий час

відновлювати перерваний емоційний контакт з різними людьми, вона стає до них байдужою.

Діти, які зростають, «як трава», без належної уваги і турботи з боку батьків, – явище досить типове. Якщо дитині, особливо в ранньому віці, не розповідають казки, не читають книги, не вчать малюванню, ліпленню, не повідомляють елементарних даних про простір, пори року і тому подібне, то серйозні наслідки такого відношення не забаряться. Байдужість до психічного розвитку дитини, навіть якщо вона народилася з непоганими задатками, з роками призводить до стану, не відмінного від справжньої розумової відсталості.

У одному з класичних дослідів американського ученого Х. Харлоу новонароджену мавпочку відокремлювали від матері і поміщали в клітку, де знаходилися два чучела мавпи-матері. Причому одна сурогатна мама була зроблена з дроту і могла через соску годувати дитинча, а друга не мала можливості годувати, але її тіло було приємно м'яким і теплим. Тривалі спостереження за маленькою мавпочкою показали, що вона по 16–18 годин проводила з «м'якою мамою», а до дротяної підходила лише для втамування голоду. Харлоу пояснює, що емоційний комфорт, який випробовувала мавпа поблизу «м'якої мами», має провідне значення у формуванні любові і прихильності до матері. Причому глибока любов можлива лише при тісному тілесному контакті, і, як показують досліді, відчуття прихильності зберігається у мавпи все життя. Даний феномен був описаний ще Я.А. Коменським, пізніше – Ж. Ітаром (вихователем «дикого хлопчика з Авейрона»), у XX столітті – А. Гезеллом, який аналізував сучасні спроби виховання дітей, через екстремальні обставини довгий час відірваних від соціуму. Всесвітню популярність набули, проведені в 40-х роках XX століття, дослідження дітей в несприятливих умовах інтернатних установ (Дж. Боулбі, Р. Спіць); ефект уповільнення і спотворення їх розвитку отримав назву госпіталізму.

Частою обставиною, зухвалою депривацією, є відсутність батька (так звана «патернальна депривація»). Вона може стосуватися багатьох дітей, які

живуть зі своїми незаміжніми або за іншими причинами самотніми матерями. Дитина, яка виростає без батька, позбавлена важливого чоловічого прикладу, який особливо значимий для хлопчиків старшого віку в регуляції їх поведінки, але важливий також і для дівчаток як модель їх майбутнього партнера. Дитина без батька страждає також від недоліку авторитету, дисципліни і ладу, які в нормальних умовах втілюються батьком. Тоді як мати надає дитині можливість відчувати інтимність людської любові, батько вказує дитині шлях і відношення до людського суспільства. Нарешті, батько представляє для дітей і найбільш природне джерело знань про світ, працю, техніку, сприяючи як їх орієнтуванню на майбутню професію, так і створенню соціально корисних цілей і ідеалів. Якщо батька немає, то це має ще інший непрямий деприваційний вплив. Річ у тому, що якщо матері одній доводиться нести всі економічні і виховні турботи про сім'ю, то вона, як правило, буває настільки зайнятою, що у неї не залишається для дитини часу і у неї слабшає навіть інтерес до неї. Дитина у таких випадках надає великого впливу самій собі; якщо ж про неї не поклопочуться інакше, то легко може трапитися, що вона починає бродяжити, у неї більше можливостей для правопорушень, і вона може легше збитися з правильного шляху. Якщо місце батька займає в сім'ї вітчим, а інколи дідусь, то деприваційні впливи пригнічуються, зате тут сприятливіший ґрунт для розвитку різних конфліктів, причому невротичні розлади, які виникають на даній основі, є доволі частими.

Й. Лангмейер і З. Матейчек «Психічна депривація у дитячому віці» виділяють найважливіші потреби дитини, що розвивається, і відповідно форми депривації при обмеженні можливостей задовольняти ці потреби.

Згідно Лангмейєру і Матейчеку, для повноцінного розвитку дитини необхідні [6]:

- 1) багатоманітні стимули різної модальності (зорові, слухові їх недолік викликає сенсорну депривацію;
- 2) задовільні умови для навчання і набуття різних навиків; хаотична структура зовнішньої середовища, яка не дає можливості розуміти,

передбачати і регулювати те, що відбувається ззовні, викликає когнітивну депривацію;

3) соціальні контакти (з дорослими, перш за все з матір'ю), що забезпечують формування особистості, їх недолік веде до емоційної депривації;

4) можливість здійснення суспільної самореалізації за допомогою засвоєння соціальних ролей, залучення до суспільних цілей і цінностей; обмеження цієї можливості викликає соціальну депривацію.

Клінічна картина будь-якої з форм психічної депривації виявляється бідністю словникового запасу, який обмежений рамками повсякденно-побутової лексики, використанням у мові переважно простих, нерозгорнутих фраз. Спостерігаються фрагментарність, розірвана семантична структура і лінійна послідовність висловів, втрата викладу. Нерідко мають місце порушення звуковимови і аграматизми у мові. Ці порушення мови, як правило, поєднуються з недостатньою сформованістю вищих психічних функцій. Інтелектуальний потенціал дітей не відповідає віку. Міра зниження може бути від легкої до значної.

Комплексні психолого-медико-педагогічні заходи з депривованими дітьми проводяться в дитячих спеціалізованих установах. Передбачається спільна робота фахівців різного профілю: логопеда, психолога, психотерапевта, психіатра. Вирішальне значення у розвитку і формуванні мовних і інших вищих психічних функцій у даного контингенту дітей має створення сприятливого соціально-психологічного клімату в оточенні дитини. Не менш важливе значення мають організація загальнооздоровчих заходів і проведення коректувального навчання на основі активізації інтелектуальної і творчої діяльності.

Причини і прояви шкільної дезадаптації

Останніми роками значна увага приділяється аналізу проблем, які виникають в дітей у зв'язку з початком шкільного навчання. Перехід від умов виховання в сім'ї і дошкільних установах до якісно іншої системи

навчання представляє нові, складніші вимоги до дитини і її інтелектуальних можливостей. Однією з таких проблем і є шкільна дезадаптація.

Порівняно недавно у психіатричній літературі з'явився термін «*дезадаптація*», який позначає порушення процесів взаємодії людини з навколишнім середовищем. Його вживання неоднозначне і суперечливе в оцінці ролі і місця станів дезадаптації по відношенню до категорій «норма» і «патологія». Звідси – трактування дезадаптації як процесу, який протікає поза патологією і пов'язаний з відвиканням від звичних умов життя і, відповідно, звикання до інших.

З позиції онтогенетичного підходу до дослідження механізмів дезадаптації особливого значення набувають кризисні, переломні моменти у житті людини, коли відбувається різка зміна її «ситуації соціального розвитку» (Л.С. Виготський, 1983), який викликає необхідність реконструкції модусу адаптивної поведінки, яка склалася. Найбільший ризик представляє момент вступу дитини в школу і період первинного рівня засвоєння вимог, які вимагаються новою соціальною ситуацією.

У психологічній літературі пропонується розглядати навчання дитини в школі як один з елементів (агентів) соціалізації. Соціалізація розуміється тут, з одного боку, як процес, з іншої – як результат засвоєння людиною досягнень культури (у широкому сенсі слова), тоді вищим рівнем соціалізації людини є повна самореалізація у сферах людської життєдіяльності на основі оволодіння суто людськими знаннями і вміннями.

Даний підхід вимагає вивчення і систематизації чинників, які значно ускладнюють процеси соціалізації дітей.

Класифікація чинників, які ускладнюють процеси соціалізації

– індивідуальні психічні – спотворення особистих рис – деформація мотиваційної сфери – несформованість соціально прийнятної поведінки – педагогічна занедбаність – понижений рівень уваги – затримка психічного розвитку;

– індивідуальні соматичні – хронічні захворювання – інвалідність – відставання у фізичному розвитку;

– соціальні позанавчальні – порушення прав дитини – відсутність опіки з боку дорослих – залучення до протиправних дій – бідність сім'ї – обмеженість можливостей пізнання світу;

– соціальні шкільні – поганий соціально-психологічний клімат навчальної групи – низький соціальний статус в групі – низький рівень викладання у навчальному закладі.

Певзнер М.С. під шкільною дезадаптацією має на увазі деяку сукупність ознак, які свідчать про невідповідність соціо-психологічного і психофізіологічного статусу дитини вимогам ситуації шкільного навчання, оволодіння якої з ряду причин стає скрутним або, в крайніх випадках, неможливим [2]. Дезадаптація може носити патологічний і непатологічний характер.

Патологічна дезадаптація призводить до незворотних трансформацій психічних і фізіологічних функцій, поведінка, до перманентного конфлікту особистості з середовищем і собою. Зазвичай виділяють три групи чинників дезадаптації особистості (В.В. Ковальов, Вайзман М.П., Зарецький В.В тощо):

а) середовище;

б) психологічні чинники, пов'язані з особливостями психіки людини, перш за все, з її акцентуйованими рисами;

в) медичні чинники.

Відмітні особливості соціальної дезадаптації дітей і підлітків визначаються віком і, отже, особливим соціальним статусом та наявністю бурхливого процесу психічного розвитку

Шкільна дезадаптація є тим видом соціальної дезадаптації школяра, при якій виявляється неможливість навчання за програмою, відповідною інтелектуальним здібностям дитини, або перебуванням у школі, що узгоджується з прийнятими дисциплінарними нормами.

З поняттям шкільної дезадаптації тісно пов'язано поняття «Діти групи ризику успішності в навчанні», оскільки саме вони за несприятливих умов навчання і складають категорію дезадаптованих школярів.

Прояви ШД виступають в основних чотирьох формах:

порушення навчання,

порушення поведінки,

порушення контактів

змішані форми дезадаптації, що включають поєднання вказаних ознак.

Ранніми ознаками шкільної дезадаптації є:

- тривалий час, необхідний для приготування уроків;
- повна відмова від приготування уроків;
- необхідність в постійному контролі дорослих за приготуванням уроків, необхідність в допомозі батьків або репетиторів;
- втрата інтересу до навчання;
- поява незадовільних оцінок у дітей, раніше успішних, байдужість при отриманні незадовільних оцінок;
- відмова відповідати біля дошки, страх перед контрольними роботами тощо.

Аналіз наукової літератури дозволяє виділити три основні типи проявів ШД:

1) неуспіх у навчанні за програмами, які відповідають віку дитини, що включає такі ознаки, як хронічна неуспішність, а також недостатність і уривчастість загальноосвітніх даних без системних знань і навчальних навиків (когнітивний компонент ШД);

2) постійні порушення емоційно-особистісних стосунків до окремих предметів, навчання в цілому, педагогів, а також до перспектив, які пов'язані з навчанням (емоційно-оцінний компонент ШД);

3) порушення поведінки, що систематично повторюються, в процесі навчання і в шкільній середі (поведінковий компонент ШД).

Другою за поширеністю причиною ШД є неврози і невротичні реакції. Основною причиною невротичних страхів, різних форм навязливості,

соматовегетативних порушень, істерично-невротичних станів є гострі або хронічні психотравмуючі ситуації, несприятлива обстановка у сім'ї, неправильні підходи до виховання дитини, а також складнощі у взаєминах з педагогами і однокласниками.

Важливим чинником формування неврозів і невротичних реакцій можуть служити особисті особливості дітей, зокрема недовірливі риси, підвищена виснаженість, схильність до страхів, демонстративної поведінки.

Принципи і умови діяльності з корекції дезадаптації :

1) зниження кількості дезадаптованих дітей, які об'єднані в клас або групу, оскільки збільшення кількості школярів знижує можливості встановлення тісних емоційних зв'язків між дітьми і тими дорослими, які працюють з групою;

2) організація процесу діагностики повинна передбачати комплексний характер, який включає психологічний, медичний, педагогічний, соціальний аспекти;

3) заходи щодо подолання явища дезадаптації дитини виявляться ефективними в тому випадку, якщо вони лежатимуть в руслі єдиної індивідуалізованої програми, за процес здійснення якої відповідають всі фахівці, що працюють з дитиною;

4) особливості стилю навчальної діяльності дітей, які характеризуються шкільною дезадаптацією, диктують необхідність перегляду методів викладання і багато в чому – перегляду нормативних навчальних планів і програм;

5) створення психологічного клімату в освітній установі, щире доброзичливе ставлення до кожної дитини.

Дитячий аутизм. Роль психолога у діагностиці, попередженні та корекції порушень емоційно-вольової сфери та соціальної поведінки.

Дитячий аутизм - це вид загального розладу розвитку визначається наявністю патологічного і (чи) порушеного розвитку, який вперше виявляється у віці до трьох років, і є характерним типом аномального функціонування у всіх трьох таких сферах: соціальна взаємодія; комунікація;

поведінка (простежується обмежений набір її стереотипних форм). Крім цих специфічних діагностичних ознак, часто наявні інші – неспецифічні – проблеми, такі як-от страхи (фобії), порушення сну і харчової поведінки, спалахи гніву й агресивність (зокрема і спрямована на себе). Термін "аутизм" (від грецького *autos*) ввів швейцарський психіатр Л. Каннер у 1943 р. лікар вперше дав цілісний опис синдрому, який він визначив як ранній дитячий аутизм (РДА). Однак дослідження в цій області були проведені зовсім недавно.

З часів опису РДА Каннером і незабаром Аспергером виділяють дві його форми: синдром *дитячого аутизму Каннера* і *аутична психопатія Аспергера*.

Варіант Аспергера зазвичай легший, при ньому не страждає “ядро особи”. Цей варіант багато авторів відносять до аутичної психопатії. У літературі представлені описи різних клінічних проявів при цих двох варіантах аномального психічного розвитку. Наприклад, РДА Каннера зазвичай рано виявляється - в перші місяці життя, або впродовж першого року. При синдромі Аспергера особливості розвитку і дивакуватість поведінки, як правило, починають виявлятися на 2-3 році і навіть- до молодшого шкільного віку. При синдромі Каннера дитина починає ходити раніше, ніж говорити, при синдромі Аспергера мова з'являється раніше ходьби. Синдром Каннера зустрічається як у хлопчиків, так і у дівчаток, а синдром Аспергера вважається за “крайнє вираження чоловічого характеру”. При синдромі Каннера має місце пізнавальний дефект і важчий соціальний прогноз, мова, як правило, не має комунікативної функції. При синдромі Аспергера інтелект більш збережений, соціальний прогноз значно кращий і дитина зазвичай використовує мову як засіб спілкування. Зоровий контакт також кращий при синдромі Аспергера, хоча дитина уникає чужого погляду; спільні і спеціальні здібності також краще при цьому синдромі.

Синдром раннього дитячого аутизму характеризується вираженою недостатністю або повною відсутністю потреби в контакті з оточуючими, емоційною холодністю або байдужністю до близьких, страхом новизни, будь-якої зміни в оточенні, хворобливою прихильністю до рутинного

порядку, одноманітної поведінки зі схильністю до стереотипних рухів, розладами мови, іноді до повної "мовної блокади". Першою ознакою раннього дитячого аутизму часто виступає відсутність властивого здоровим дітям "комплексу поживлення", а потім з'являються порушення здатності диференціювати людей і неживі предмети, небажання вступати в контакт, беземоційність або паратимія (неадекватні афективні реакції) у сполученні зі страхом новизни. У раннім дитинстві до перерахованих клінічних проявів приєднуються одноманітні маніпуляції з предметами у ході ігор, використання нетрадиційних для ігрової діяльності предметів. Типовими є і порушення психомоторики у вигляді незграбності, нерозмірності довільних рухів, незграбності, відсутності злагоджених рухів, а також розладу мови (від відсутності до переваги "автономної мови" - розмови із самим собою).

Найхарактерніші поведінкові проблеми аутистичних дітей

- труднощі зі сном;
- самокалічення;
- агресія;
- стереотипна поведінка;
- деструктивна поведінка.

Всі аутистичні діти потребують медичної та психолого-педагогічної підтримки, а знання особливостей проявів аутизму може дати змогу адекватно вибрати варіант її застосування.

Спеціалісти, які починають працювати з аутистичною дитиною зіштовхуються з безліччю труднощів:

по-перше, з такою дитиною нелегко знайти контакт;

по-друге, у випадку аутизму традиційні прийоми корекційної роботи не завжди є ефективними. Можна стверджувати, що робота з аутистичною дитиною потребує особливого підходу: побудова корекційних занять, особливо на початкових етапах роботи, відрізняється від занять з дітьми, які мають інші порушення розвитку.

Початкова робота з аутистичною дитиною повинна включати такі моменти:

- на етапі встановлення контакту з дитиною не рекомендується наполягати на проведенні конкретних ігор, виконанні певних завдань; будьте більш чутливим до реакцій дитини, дійте залежно від ситуації, зважайте на її бажання та настрої. Часто дитина сама пропонує ту форму можливої взаємодії, яка на цей момент є для неї найбільш комфортною;

- все, що відбувається на занятті, має супроводжуватися емоційним коментарем, під час якого дорослий проговорює всі дії та ситуації;

- не забувайте, що поведінка дитини під час заняття може бути різною. Якщо дитина вийшла зі стану рівноваги, треба бути спокійним, не сварити її, а зрозуміти, чого дитина хоче у конкретний момент і спробувати допомогти їй вийти зі стану дискомфорту;

- потрібно бути готовим до того, що реакція на одну і ту ж гру, ситуацію в різних дітей-аутистів може бути різною: одна дитина реагує досить дружньо, інша - різко негативно. Крім того, одна й та ж дитина може поводитись по-різному в подібних ситуаціях. Якщо у дитини дії спеціаліста викликають супротив – слід зупинити гру. Звичайно, це потребує гнучкості, яка допоможе діяти у залежності від розвитку подій.

Стандартний обсяг медико-соціальної реабілітації включає поетапне, а в разі потреби й комбіноване проведення кількох реабілітаційних тренінгів:

- сенсорної стимуляції та інтеграції;
- спеціалізованих когнітивних (загальної перцепції, наслідувальної діяльності, шкільних навичок);
- біхевіоральних, спрямованих на елімінацію небажаних форм поведінки;
- соціального функціонування (соціальної перцепції, емоційної когніції, елементарних навичок соціального функціонування (прийому їжі, особистої гігієни, спілкування з однолітками, використання побутових приладів, поведінка в класі та ін.);
- за відсутності експресивної мови використовують елементи методик альтернативної комунікації (полегшена комунікація, ярлики, піктограми).

1. На першому етапі терапії дитини з розладами спектра аутизму основним завданням є усунення наслідків впливу психопатологічних

розладів на психомоторний розвиток дитини. Цієї мети можна досягти за допомогою таких форм втручання:

- нав'язування контакту з дитиною;
- подолання нейрофізіологічних порушень перцепції методами сенсорної стимуляції та інтеграції;
- вироблення вміння привертати увагу до елементів навколишнього середовища, особливо до соціальних стимулів, що є необхідним елементом процесу навчання;
- елімінація патологічних, насамперед агресивних, форм поведінки за допомогою дитячо-батьківської поведінкової терапії;
- робота з експресивною мовою;
- напрацювання вміння наслідувати інших;
- навчання грі іграшками відповідно до їх призначення;
- формування комунікативних навичок.

2. На другому етапі терапії дитини з розладами спектра аутизму метою терапії має бути досягнення максимального рівня когнітивного й соціального функціонування, забезпечення можливості самостійного існування. На цьому етапі психосоціальне втручання передбачає:

- діагностику рівня пізнавального функціонування і послідовне ускладнення навчання від секвенцій із окремими когнітивними вправами через додаткові реабілітаційно-педагогічні тренінги до індивідуальних навчальних програм;
- вироблення комунікативних навичок;
- трансформацію навичок використання допомоги в самостійну діяльність;
- вироблення альтернативних форм взаєморозуміння за відсутності експресивної мови;
- формування окремих навичок соціальної взаємодії

Медико-соціальна реабілітаційна робота з дітьми з розладами спектра аутизму повинна проводитися батьками, медичними сестрами, психологами та корекційними педагогами під наглядом та за допомогою фахівців, які мають спеціальну підготовку з питань дитячої психіатричної реабілітації. Усі

діти один раз на півроку повинні оглядатися дитячим неврологом, корекційним педагогом і дитячим психіатром незалежно від змісту, форми й обсягу реабілітаційних послуг.

Певну роль у лікуванні розладів спектру аутизму відіграє *медикаментозна терапія*. Безумовно, вона не є визначальною ланкою лікувального процесу, проте дає змогу суттєво поліпшити результати комплексної реабілітаційної роботи. Такі прояви захворювання, як поведінкові розлади, гіперактивність, агресія тощо можуть бути ефективно кориговані за допомогою фармакологічних засобів.

Контрольні запитання і завдання

1. Назвіть і охарактеризуйте основні фактори порушень емоційної сфери людини
2. Які ви знаєте причини емоційно-вольових відхилень? У чому вони проявляються?
3. Чим характеризується поведінка дітей з синдромом гіперактивності і дефіциту уваги?
4. Розкрийте основні психопатичні форми поведінки і характерологічні акцентуації.
5. Які біопсихічні та соціальні детермінанти девіантна поведінка дітей та підлітків. У чому їх прояв?
6. Охарактеризуйте причини і прояви шкільної дезадаптації. Назвіть шляхи їх корекції.
7. Яка роль психолога у діагностиці, попередженні та корекції порушень емоційно-вольової сфери та соціальної поведінки дітей.
8. Які особливості роботи психолога з дітьми з аутизмом.

Список використаної літератури

1. Аутизм. Методы лечения тяжелого психического отклонения // Азбука здоровья. – 2002. №5. – С. 23 – 24.

2. Власова Т. А. Дети с отклонениями в развитии [Текст] // Т.А. Власова, М.С.Певзнер.— М.: Просвещение, 1973.-С.59-114.
3. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика и систематика // Ганнушкин, “Избранные труды”. — М.,1964.-С68-94.
4. Иванов Е. С. Детский аутизм: диагностика и коррекция [Текст] // Иванов Е. С., Демьянчук Л. Н., Демьянчук Р. В. – Санкт-Петербург, 2004. –С.14-185.
5. Колодин Н. Н. Второй директор [Кербиков О. В.] // Ярославские эскулапы — Ярославль: Канцлер, 2009. — Т. 3. Корифеи и академики. — С. 196-208. — 396 с. — (Этюды о былом).
6. Лангмейер Й. Психическая депривация в детском возрасте [Текст] // Й. Лангмейер, З. Матейчек. —М.,1984. – С189-267.
7. Лебединская К. С. Диагностика раннего детского аутизма [Текст] // К.С.Лебединская, О.С.Никольская. – Москва, 1991. –С.82-98.

Тема 2.3.4. Особливості розвитку, навчання та виховання особистості з вадами мовлення

План

1. Класифікація осіб із вадами мовлення, її значення для корекційно-реабілітаційної практики.
2. Класифікації мовленнєвих вад (загальна характеристика).
 - *афатичні розлади мовлення;*
 - *неафатичні розлади мовлення.*
3. Види усних мовленнєвих порушень.
4. Види письмових мовленнєвих порушень.
5. Основні напрямки корекції мовних проблем.
6. Використання ігор у корекційній роботі із дітьми з вадами мовлення
7. Рекомендації при роботі із дітьми, які заїкаються.

Класифікація осіб із вадами мовлення, її значення для корекційно-реабілітаційної практики

Мовна функція є однією з найважливіших психічних функцій людини. Оволодіння здатністю до мовного спілкування створює передумови для специфічно людських соціальних контактів, завдяки яким формуються й уточнюються уявлення дитини про навколишню дійсність, удосконалюються форми її відображення. Необхідно розрізняти поняття норми мови і порушення мови. При *нормальній мовній діяльності* є збереженими психофізіологічні механізми мовлення. *Порушення мови* визначається як відхилення у мові від мовної норми, прийнятої у даному мовному середовищі, зумовлене розладом нормального функціонування психофізіологічних механізмів мовної діяльності. Етіологічні чинники, які викликають порушення мови, складні і поліморфні. Найбільш часто має місце поєднання спадкової схильності, несприятливого оточення і пошкодження або порушення дозрівання мозку під впливом різних несприятливих чинників. Мова представляє собою одну із складних вищих психічних функцій і має дві найважливіші складові:

- Сприйняття звуків мови, розпізнавання власної мови і мови інших людей (слуховий центр мовлення) (знаходиться у слуховій корі скроневої частки);
- Відтворення звуків, слів, фраз - мовнорухова функція, яка забезпечується центром Брока (розташовується у нижніх відділах лобної частки, в безпосередній близькості від проекції в корі мускулатури, що бере участь у мові).

Класифікації мовленнєвих вад (загальна характеристика).

Порушення мовлення можуть бути двох видів:

- афатичні (афазії моторні, сенсорні, амнестичні, номінальні);
- неафатичні (дизартрію, акінетичний та істеричний мутизм).

Афатичні розлади мовлення.

Афазія - розлад мовлення, при якому частково або повністю втрачається можливість користуватися словами для вираження думок і спілкування з

оточуючими, при цьому функції апарату артикуляції і слуху зберігаються. Афазія поділяється на моторну, сенсорну, амнестичну. Афазія може носити стійкий або скороминучий характер.

Моторна афазія характеризується втратою здатності вимови слів, мовлення маловиразною, сповільнене, вимовлювані слова спотворені в результаті ускладнення формування звуків і складів, а також слів. Страждає також процес перемикання з однієї мовної одиниці (звук, слова) на іншу.

Сенсорна афазія - втрата здатності розуміння мовлення навколишніми. Елементарний слух збережений, але фонематичний слух порушений. Унаслідок відсутності слухового контролю порушується і моторна (експресивна) мова. Хворі сенсорною афазією говорять багато, але незрозуміло. Слова вимовляються неправильно. Часто один звук (буква) замінюється іншим - вербальні парафазії. У результаті мовлення незрозуміле і представляє собою потік безглуздих звуків. Поєднання моторної і сенсорної афазій позначається, як тотальна афазія. Амнестична афазія. Найбільш характерною межею цього порушення мовлення є випадання з пам'яті назви предметів. На заміну хворий використовує позначення функції або якості предмету.

При *амнестичній афазії* хворому допомагає підказка.

Номінальна афазія - порушення здатності називати слова. Людина повністю усвідомлює, що саме хоче сказати, перед її мисленнєвим зором з'являється відповідна картинка, але їй важко дати назву предмету чи явищу, тож вона пояснює її описово, перефразом, наприклад, кішка - тварина, пухната, живе в домі. Інколи можуть спостерігатися псевдоафазії, наприклад, у хворих істерією. У цьому випадку мовлення втрачається повністю, тоді як хворі з органічною афазією завжди зберігають якісь елементи мовлення.

Неафатичні розлади мовлення.

До них відносять дизартрію, акінетичний та істеричний мутизм.

Дизартрія - порушення мовлення, що виникає у результаті ураження м'язів мовного апарату: м'якого неба, гортані, губ.

Гостра дизартрія може розвинутися у результаті порушення інервації апарату артикуляції. При дизартрії мовлення стає неясним, нечленованою на смислові відрізки, з носовим відтінком.

Акінетичний мутизм характеризується відсутністю зовнішнього контакту з оточуючими через втрату свідомості. Хворий лежить нерухомо з розплющеними очима, рухи збережені, може фіксувати поглядом предмет, стежить за його переміщенням, але не вступає в контакт. Больові та сильні звукові подразники викликають рухову реакцію. Розвиток акінетичного мутизму пов'язують з пошкодженням дієнцефально-мезенцефальних утворень та їх ствольних активуючих компонентів.

Істеричний мутизм – це відсутність мовлення і спроб до вимовлення слів. Він найчастіше виникає після негативних емоцій в осіб з істеричними проявами акцентуацій характеру. Взагалі до появи істеричного мутизму можуть призвести життєві ситуації.

Види усних мовленнєвих порушень

1. Дисфонія (афонія) - порушення голосу, порушення фонації, вокальні порушення, що проявляються у порушенні сили, висоти і тембру голосу.

2. Брадилалія - патологічно сповільнений темп мовлення. При сповільненому темпі мовлення виявляється тягучо розтягнутим, млявим, монотонним.

3. Тахілалія - патологічно прискорений темп мовлення. При прискореному темпі – квапливий, стрімкий, напористий.

4. Заїкання - порушення темпо-ритмічної організації мовлення, зумовлене судомним станом м'язів мовного апарату. **Заїкання** (невротичне; неврозоподібне) — вада мовлення, яка виявляється у мимовільному повторенні окремих звуків, складів або цілих фраз, неприродньому розтягуванні звуків або блоках мовчання, протягом яких людина, що заїкається, не може вимовити звук. Заїкання супроводжується перериваннями мови, повторенням окремих звуків, складів або цілих фраз, неприродним розтягуванням звуків. Заїкання майже завжди

супроводжується напругою, тривогою і страхом мовлення. При цьому можливі неприродні рухи, гримаси або тики, за допомогою яких людина, що заїкається, намагається подолати заїкання. Ймовірно, заїкання з'явилося практично одночасно з мовою, адже згадки про нього доходять до нас з якнайдавніших часів.

Причини виникнення заїкання точно не встановлені. Передбачається, що виникнення заїкання зумовлене сукупністю генетичних і неврологічних чинників. Заїкання викликається судомами мовного апарату: язика, неба, губ або ж м'язів гортані. Все, окрім останнього — судоми м'язів гортані — голосові судоми. Також існують дихальні судоми, при яких порушується дихання і виникає відчуття браку повітря. Якщо заїкання — невроз, воно посилюється, коли людина починає нервувати, а також взагалі при сильних емоціях.

5. Дислалія - це порушення звуковимови, при нормальному слуху та збереженій інервації мовленнєвого апарату. Спостерігаються заміни звуків, їх змішування та спотворення, а також фонетичні дефекти.

6. Ринологія - порушення тембру голосу та звуковимови, зумовлене анатомо-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату. Буває органічного походження відкрита ринологія – коли повітря при мовленні потрапляє одночасно у ротову та носову порожнину через щілину у твердому піднебінні, і закрита ринологія – коли повітря при мовленні не потрапляє у носовий резонатор. Також буває функціональна ринологія – коли м'яке піднебіння недостатньо піднімається і не утворює з'єднання зі стінкою глотки (валиком Пассавана), у зв'язку з чим, повітря невеличкою порцією все ж потрапляє у носову порожнину.

7. Дизартрія - це складне порушення звукової сторони мовлення. Дизартрія є наслідком органічного порушення центрального характеру, що призводить до рухових розладів. Особливу групу складають порушення, зумовлені анатомічними дефектами апарату артикуляції. У психолінгвістичному аспекті порушення вимови розглядаються як наслідок несформованості операцій розрізнення і пізнання фонем (дефекти

сприйняття), або як несформованість операцій відбору і реалізації (дефекти продукування), або як порушення умов реалізації звуків. При дизартрії спостерігаються розлади моторної сторони усного мовлення, тобто розлади артикуляції, дихання, голосоутворення, темпу, ритму та інтонації. Причиною може бути гіпертонія, гіпотонія або дистонія м'язів.

8. Алалія - відсутність або недорозвинення мовлення внаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку у внутрішньоутробному або ранньому періоді розвитку дитини (до 3-х років);

Види письмових мовленнєвих порушень

1. **дисграфія** - часткове, специфічне, стійке порушення писемного мовлення, основним симптомом якого є наявність стійких помилок на письмі, не дивлячись на достатній рівень інтелектуального розвитку, регулярності навчання, а також за відсутності грубих порушень слухового та зорового аналізаторів.

2. **дислексія** (аграматична, фонематична, семантична, мнестична, оптична, тактильна (за Р.І.Лалаєвою). Дислексія – це часткове, специфічне порушення процесу читання.

За іншою класифікацією розлади мовлення можуть бути поділені на два типи:

1) вислови фонативного (зовнішнього) оформлення, які називають порушеннями вимовної сторони мовлення;

2) вислови структурно-семантичного (внутрішнього) оформлення, які називають системними або поліморфними порушеннями мовлення:

а) порушення голосоутворення;

б) порушення темпоритмічної організації вислову;

в) інтонаційно-мелодичні порушення;

г) порушення звуковимовної організації.

Особливу групу складають порушення, зумовлені анатомічними дефектами апарату артикуляції. При анатомічних дефектах порушення носять органічний характер, а при їх відсутності - функціональний.

Основні напрямки і методи корекційної роботи з усунення порушень мовлення

Відновне навчання з усунення порушень мовлення проводиться за спеціальною, заздалегідь розробленою програмою. Програма має включати певні завдання і відповідні до них методи роботи, диференційовані у залежності від форми порушень мовлення, рівня вираженості дефекту, етапу захворювання, індивідуальних особливостей порушень мовлення, але відновлювальна робота повинна вестися над усіма сторонами порушеної функції. Крім того, відновне навчання перш за все повинно бути спрямоване на відновлення комунікативних здібностей. Необхідне залучення дитини до спілкування не тільки на заняттях, але і в сім'ї, а також у громадських місцях. У процесі комплексної корекційно-логопедичної роботи відбувається поліпшення мови, голосові реакції стають більш інтенсивними, а фонетичні характеристики звуків більш точними. Хворі з порушеннями мовлення потребують допомоги з відновлення всіх ланок мовленнєвої діяльності: усного мовлення, розуміння мови оточуючих, письма, читання і рахунку. При проведенні занять з дітьми з розладами мовлення потрібна велика тактовність, тому що вони надзвичайно вразливі психологічно і важко переживають свої помилки.

Корекційний вплив складається з двох напрямків:

Медичний напрямок - пряме відновлення постраждалої функції з використанням медикаментозних засобів.

Логопедичний напрямок - безпосереднє відновне навчання на спеціально організованих заняттях.

Як показують спостереження, у дитячому віці ефективність занять вища, ніж у дорослому. Розуміння мови в тій чи іншій мірі поступово відновлюється не тільки під впливом логопедичних занять, але і в

результаті щоденного спілкування з оточуючими, сприйняття на слух радіо-і телепередач.

Рекомендації при роботі з дітьми дошкільного і молодшого шкільного віку, які заїкаються, залежать від форми заїкання.

При невротичному заїканні необхідно використовувати можливості ігрової діяльності, а також:

- 1) виховувати точність, чіткість, швидкість реакції, уміння переключати увагу на якість виконання необхідних в даний момент дій;
- 2) відводити особливе місце вправам на нормалізацію м'язового тону і використовувати з цією метою різні ігрові ролі і ігрові дії;
- 3) формувати відчуття колективізму в іграх, виховувати волю, упевненість в своїх силах, уміння долати труднощі при виконанні дій, використовуючи при цьому психотерапевтичні можливості гри;
- 4) використовувати образи персонажів ігор, враховуючи їх позитивний вплив на мовну і рухову активність, емоційну сферу.

Особливості роботи з дітьми, які страждають неврозоподобним заїканням, полягають у наступному:

- 1) збільшується індивідуалізація занять, частка допомоги психолога у виборі і реалізації ролі та здійсненні ігрових дій зменшується;
- 2) застосовується подетально розчленована подача ігрового матеріалу з демонстрацією окремих елементів сюжету і ігрових дій;
- 3) більше уваги приділяється вербалізації дій, поєднанню мови з рухами з поступовим ускладненням ігрового завдання;
- 4) зважаючи на підвищену стомлюваність дітей чергуються динамічні і статичні дії, скорочується зміна дій і тривалість ігор;
- 5) показ дій здійснюється із словесним поясненням психолога;
- 6) при організації ігор проводиться робота з спільного розвитку мови, розвитку слухової уваги і сприйняття, корекції недоліків звукомови, збільшенню словникового запасу;
- 7) об'єм мовних дій поступово розширюється впродовж всіх занять.

Ігротерапія служить закріпленню навиків плавної мови, отриманих на логопедичних заняттях. Вербалізація ігрових ситуацій, словесні пояснення дітьми ігрових дій на етапі планування і потім аналізу гри сприяють створенню мотивації правильної мови. У ході розучування коротких віршів, пісеньок, бесід про зміст гри уточнюються важкі слова, відпрацьовується їх ритмічна структура, чіткість вимови звуків. Проводиться робота над збагаченням словника, нові поняття вводяться в активний словник дітей, формуються граматичні узагальнення. При роботі над плавністю і злиттю мови поетапно ускладнюються її форми.

Використання ігротерапії у процесі коректувальної роботи з дітьми, які страдають заїканням, сприяє нормалізації немовних функцій і призводить до значного поліпшення мови.

Таким чином, розвиток особистості зумовлений не лише дефектом як таким, але і тим фактом, що дитина усвідомлює свій дефект і відчуває особливе відношення до нього з боку інших людей. Пристосовуючись до свого дефекту, як внутрішньо, так і через поведінку, дитина формує певні захисні механізми, які накладають відбиток на формування її особистості. Поряд з тим, вживання спеціальних форм психологічної допомоги, разом з коректувальною роботою, спрямоване на виправлення мовних дефектів, значно згладжує прояви вторинних порушень і сприяє повноцінному розвитку особистості дитини.

Корекція мовленнєвих і немовленнєвих порушень у дітей з вадами мовлення у процесі гри

Порушення мовленнєвого розвитку негативно впливають на формування особистості дитини, а це позначається на процесах її соціальної адаптації. Причини цього різноманітні: вади усного мовлення і немовленнєві порушення, які безпосередньо та опосередковано пов'язані з мовленням (порушення кіркової нейродинаміки і ослаблення тонких диференціацій у мовно-руховому аналізаторі, дискоординованість, нечіткість у роботі рухомих органів артикуляції: язика, губ, нижньої

щелепи, м'якого піднебіння; порушення тонкої довільної моторики пальців рук, розлади вегетативної нервової системи).

Дітям з вадами мовлення також властиві:

- тривожність. Діти емоційно вразливі, плаксиві, бояться спілкуватися;
- замкнутість. Діти відсторонені від однолітків і дорослих внаслідок нерозуміння оточуючими їхнього мовлення;
- невпевненість у власних силах. Діти переживають свою неспроможність зрозуміти повноцінно інструкцію і впоратися з певним завданням внаслідок заниженої самооцінки;
- негативізм, який проявляється невірноваженістю, підвищеною дратівливістю, впертістю;
- дитячі страхи, які виникають через психотравмуючу ситуацію. В деяких випадках сильні або тривалі переживання переходять у невроз страху.

Тому при організації корекційно-виховної роботи з дітьми з вадами мовлення слід враховувати не тільки особливості проявів мовленнєвого порушення, а й вторинні відхилення у розвитку дитини зумовлені вадой мовлення. Для дитини з вадами мовлення потрібні особливі форми освітнього середовища: створення єдиного корекційно-розвивального простору і обладнання предметно-розвивального середовища, яке б стимулювало мовленнєвий і особистісний розвиток дитини. Освітні елементи такого середовища набувають специфічного корекційного змісту і потребують застосування відповідних засобів, методів, форм організації корекційно-виховного процесу.

Гра є найбільш ефективним засобом для формування розвивального середовища. Тому в організації корекційно-виховної роботи з дітьми, які мають порушення мовленнєвого розвитку, значна роль належить грі. Вона повинна посісти істотне місце в логопедичній роботі. Але, звичайно, було б не правильно здійснювати всю корекційну роботу лише ігровими методами. Логопед чи психолог, враховуючи конкретні умови роботи з тими чи іншими дітьми, зокрема рівень їх розвитку, ставлення до занять,

стомлюваність тощо, вирішує, коли і як використовувати гру. Навчаючи дітей у процесі гри, педагог прагне, щоб радість від ігрової діяльності поступово перейшла у радість навчання. Включаючи гру у заняття, психолог турбується, щоб основне дидактичне завдання, яке складає зміст гри, відповідало навчальній меті заняття, було для дітей посилюючим, сприяло максимальній активізації не тільки мовлення але і розумової діяльності.

У дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку спостерігаються труднощі деяких вищих кіркових функцій (слухомовленнєвого сприйняття, орієнтування у просторі тощо) та особливості протікання інтелектуальної діяльності (підвищена виснажливість, нерівномірна працездатність, порушення мовленнєвої пам'яті, схильність до інертності). Внаслідок цього даній категорії дітей важко включитися в організовану педагогом ігрову діяльність. Проблемні діти пасивні і не виявляють бажання активно діяти з предметами та іграшками. При проведенні ігор психологу слід враховувати, що наявність мовленнєвого дефекту може спричинити відхилення у психічній сфері дитини, зокрема такі як підвищена збудливість, замкнутість, депресивні стани, негативізм, апатичність, психічна виснаженість. Порушення загальної і мовленнєвої моторики призводить до швидкої стомлюваності у грі. Педагогу необхідно створювати у дітей позитивне емоційне відношення до запропонованої діяльності. За допомогою гри можна навчити дитину, звільнити її від існуючих комплексів і страхів. Іноді гра - єдиний можливий шлях допомогти тим, хто ще не засвоїв світ слів.

Ігрова діяльність дітей з порушеннями мовлення формується тільки при безпосередньому впливі і керівництві педагога. Спочатку ігрові дії відбуваються при дуже обмеженому мовленнєвому спілкуванні, а це зумовлює скорочення об'єму ігор та їх сюжетну обмеженість. Основні свої знання і враження такі діти отримують в цілеспрямованій ігровій діяльності тоді, коли у них виникає потреба у словесному спілкуванні.

Використання ігор у корекційній роботі із дітьми з вадами мовлення

У корекційній роботі з дітьми, які мають вади мовлення, використовуються різні види ігор: дидактичні, рухливі, сюжетно-рольові, ігри-драматизації.

Дидактична гра - одна із форм навчального впливу дорослого на дитину. У дидактичній грі створюються такі умови, в яких кожна дитина отримує можливість самостійно діяти в певній ситуації чи з певними предметами, набуваючи власного дійового і чуттєвого досвіду. Це надзвичайно важливо для дітей з важкими вадами мовлення, у яких досвід дій з предметами дуже бідний, не зафіксований і не узагальнений. Дитині для засвоєння способів орієнтації в оточуючому світі, для виділення і фіксування властивостей і відношень предметів, для розуміння тієї чи іншої дії необхідні багатократні повторення. Л.С. Виготський вважав гру сприятливим середовищем для зародження пізнавальних сил дитини і як основу для перетворення ігрових дій в розумові, ведучим засобом навчання і виховання. Засвоєння навчального матеріалу потребує багаторазових варіативних вправ, але дитині для цього не вистачає вольових зусиль. Дидактична гра дозволяє забезпечити необхідну кількість повторень на різному матеріалі при збереженні емоційно-позитивного відношення до завдання.

Дидактична гра має сталу структуру. Граючи, дитина непомітно для себе вирішує пізнавальне завдання. Дидактичне завдання, зміст і ігрові дії - обов'язкові елементи дидактичної гри.

Дидактичні та ігрові завдання зумовлені завданнями навчально-виховної та корекційної роботи. Вони можуть бути різноманітними: розвиток слухової уваги та пам'яті, фонематичного сприймання, артикуляційної моторики, закріплення вимови звуку, розвиток зв'язного мовлення тощо. Ігрові завдання дозволяють дітям проявляти активність, у них виникає бажання і потреба розв'язати їх. Правила гри зумовлені змістом гри та ігровим задумом. Вони визначають характер і способи ігрових дій дитини, організовують і спрямовують її стосунки з іншими дітьми,

спонукають її керувати своєю поведінкою. Дотримання правил вимагає від дитини-логопата вольових зусиль, уміння взаємодіяти з іншими дітьми. Граючи діти усвідомлюють, що дотримуючись правил, швидше досягнеш результатів. Правила гри дисциплінують, формують витримку, терпіння. Вони також впливають на вирішення дидактичного завдання - непомітно обмежують дії дітей, спрямовуючи їх увагу на конкретне завдання.

Ігрові дії дозволяють дітям реалізувати свої ігрові задуми і спрямовувати свою увагу на їх розгортання. Захопленість ігровою ситуацією є передумовою мимовільного розв'язання дидактичного завдання.

Результат гри сприймається дитиною як досягнення (відгадування загадок, придумування слів на заданий звук тощо). Для логопеда результатом гри є рівень засвоєння дітьми знань, вмінь і навичок правильної вимови, засвоєння певних граматичних форм тощо. При підведенні підсумку гри необхідно відмітити досягнення кожної дитини, підкреслити успіхи відстаючих дітей, проявити делікатність і оптимістичне відношення до їх можливостей.

У корекційній роботі використовують ігри з предметами. У таких іграх використовують дидактичні іграшки (мозаїку, кубики), реальні предмети, різноманітний природний матеріал. Такі ігри спрямовані на закріплення знань про властивості та якості предметів, збагачення словника дитини прикметниками, дієсловами, розвиток дрібної моторики пальців рук тощо.

Для дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку важливе значення мають ігри, які потребують координації і точності рухів пальців рук. М.М. Кольцова встановила, що рівень розвитку мовлення дітей прямо залежить від рівня сформованості тонких рухів пальців рук. Л.В. Фоміною була виявлена така закономірність: якщо розвиток дрібної моторики відповідає віку, то й мовленнєвий розвиток знаходиться у межах норми. Якщо розвиток рухів пальців відстає, то затримується і мовленнєвий розвиток. Дослідники прийшли до висновку, що формування мовленнєвих зон кори головного мозку здійснюється під впливом кінестетичних імпульсів від

пальців рук. Тому тренування пальців рук впливає на розвиток активного мовлення. Пальчикові ігри необхідно використовувати в корекційній роботі з дітьми, які відстають у мовленнєвому розвитку. Коли дитина робить ритмічні рухи пальцями одночасно з промовлянням віршованого тексту значно підвищується узгодженість лобної і скроневої частин мозку, де знаходяться моторний і смисловий мовні центри; стимулюється розвиток мовлення; підвищується мовленнєва активність; розвивається спостережливість, увага, пам'ять, уява.

Дидактичні ігри, як адекватний віковим особливостям дітей засіб, використовуються не тільки на корекційних фронтальних і індивідуальних заняттях, на прогулянках, а у всій системі корекційно-виховної роботи з дітьми. Роль психолога у дидактичній грі подвійна: з однієї сторони він керує пізнавальним процесом, організовує навчання дітей, з іншої - виконує роль учасника гри, партнера, спрямовує кожну дитину на виконання ігрових дій, а при необхідності подає зразок поведінки у грі. У процесі дидактичної гри психолог розвиває мовленнєву активність дітей, заохочує правильні відповіді на поставлені запитання, виховує витримку.

Розглядаючи питання про роль мовних ігор у роботі професор М.Ю. Хватцев вказує, що вони сприяють:

- співдружності педагога з дитиною;
- активній увазі до мови;
- бажанню оволодіти тими чи іншими мовними навичками;
- руйнуванню старих і набуванню нових навичок мовлення;
- застосуванню нових мовних навичок у повсякденному житті.

Використання дидактичних ігор у корекційній роботі з дітьми, які мають вади мовлення, дає можливість:

- забезпечити психологічний комфорт на занятті;
- забезпечити розвиток емоційно-вольової сфери дітей, їх морально-вольових якостей;
- активізувати і відновити вищі психічні функції;

- поліпшити слухову увагу і пам'ять, підвищити швидкість запам'ятовування;

- підвищити мовленнєву мотивацію;

- покращити мовленнєвий розвиток.

Контрольні запитання і завдання

1. Які особливості розвитку особистості дитини з порушеннями мови? Якої психологічної допомоги вони потребують?

2. Які основні види порушень усної мови вам відомі? У чому їх суть?

3. Які види письмових порушень мови вам відомі? У чому вони проявляються?

4. Розкрийте основні напрямки корекції з дітьми із проблемами мовлення.

5. Охарактеризуйте основні правила роботи з дітьми із заїканням.

Список використаних джерел

1. Бельтюков В.И. Пути исследования механизма развития речи [Текст] / В.И.Бельтюков //Дефектология, – 1984, - №3. – С.23-39.
2. Бельтюков В.И. Взаимодействие анализаторов в процессе восприятия и усвоения устной речи [Текст] / В.И.Бельтюков. – М.: Педагогика, 1977. – С.57-72.
3. Выготский Л.С. Проблемы дефектологии [Текст] /Л.С.Выготский. – М., 1995. –С.115-154.
4. Волкова Г.А. Игровая деятельность в устранении заикания у детей дошкольного возраста [Текст] / Г.А.Волкова. – М., 1983. –С.38-118.
5. Корнев А.Н. Нарушения чтения и письма у детей [Текст] /А.Н.Корнев. – СПб.: Изд. дом «МиМ», 1997. – 254с. (Серия «Психология детства»).
6. Лебединский В.И. Нарушения психического развития у детей [Текст] / В.И. Лебединский.– М., 1985. –389с.
7. Мамайчук И. И. Психология дизонтогенеза /И.И.Мамайчук. - СПб., 2000.
8. Основы специальной психологии / Под ред. Л. В. Кузнецовой. М., 2002.

9. Собо́тович Е.Ф. Нарушения речевого развития у детей и пути их коррекции: Навчально-методичний посібник / Е.Ф.Собо́тович. — К.: ІСДО, 1995. - 204с.
10. Хватцев М.Е. Дефектология [Текст] / М.Е.Хватцев. — 1974. — № 2. — С. 92.
11. Усанова О. Н. Специальная психология / О.Н. Усанова. - М., 1990.

Список рекомендованих джерел

1. Абульханова-Славская К. А. О субъекте психической деятельности [Текст] / К. А. Абульханова -Славская. — М., 1983. - 88 с.
2. Бернс Р. Развитие Я - концепции и воспитания [Текст] / Р.Бернс. — М.: Педагогика, 1986. - 121 с.
3. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте [Текст] / Л.И.Божович. — М.: Просвещение, 1986. — 464 с.
4. Выготский Л.С. Три основных типа дефекта // Педагогическая энциклопедия. М., 1928. Т. 2. Стб. 392; То же // Собр. соч.: В 6 т. М.: Педагогика, 1983. Т. 5. С. 181-182; То же // Выготский Л.С. Проблемы дефектологии. — М.: Просвещение, 1995. — С. 115-116.
5. Выготский Л.С. Социально-психологическая основа воспитания ребенка с дефектом // Педагогическая энциклопедия. М., 1928. Т. 2. Стб. 393-394; То же // Собр. соч.: В 6 т. М.: Педагогика, 1983. Т. 5. С. 182-183.
6. Гудонис В.П. Здоровье как необходимое основание детства // Мир психологии, —М., 2000. - № 1. —С. 109–121.
7. Інтеграція молоді з обмеженими фізичними можливостями в суспільство: громадсько-правові, соціально-психологічні та інформаційно-технологічні аспекти: [методичний посібник] /Є. А. Клопота, В. Г. Бондаренко, О. А. Клопота, С. А. Бондаренко. - Запоріжжя: ЗНУ, 2008. — 114
8. Дефектология: Словарь-справочник / Авт.-сост. С.С. Степанов; под ред. Б.П. Пузанова. – М., 1996.-231с.
9. Усанова О.Н. Специальная психология [Текст] / Усанова О.Н. – М., 1990. — 298с.
10. Дети с нарушениями развития: [Текст] Хрестоматия / Сост. В.М. Астапов. – М., 1995.—342с.
11. Дегтяренко Т.М. Корекційно-реабілітаційна робота в спеціальних дошкільних закладах для дітей з особливими потребами: [Навчальний посібник] / Т.М.Дегтяренко, Л.С.Вавіна. – Суми: ВТД "Університетська книга", 2008. – 302с.

12. Діти з затримкою психічного розвитку та їх навчання: Навчальний посібник для педагогів і шкільних психологів: [Текст] / Т.Д. Ляшенко, Н.А. Бастун, Т.В.Сак. — К.:ІЗМН, 1997. — 128 с.
13. Дульнєв Г.М. Питання корекції розвитку розумово відсталих дітей у процесі навчання // Психолого-педагогічні основи корекційної роботи в спеціальній школі: Хрестоматія / Г.М.Дульнєв. — Кам'янець-Подільський, 2004. — С.149-152.
14. Исаев Д. Д. О сексуальных девиациях и перверзиях при шизофрении, психопатиях и олигофрении у подростков мужского пола // Журнал невропатологии и психиатрии. — М., 1987, в. 10, — С. 1522—1527.
15. Замский Х.С. Умственно отсталые дети: История их изучения, воспитания и обучения с древних времен до середины XX века [Текст] / Х.С.Замский. — М.: Образование, 1995. — С.45-66.
16. Ковальов В. В. Семіотика й діагностика психічних захворювань у дітей і підлітків: [Текст] / Ковальов В. В. — М., 1985. — С.48-61.
17. Кравченко Р. Соціальна робота з розумово відсталими людьми [Текст] / Р.Кравченко. — К.: Соціс, 2001. —189с.
18. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей: [Текст] / В.В. Лебединский. — М., 1985. — С.33-98.
19. Липа В. В., Липа В. О. Формування життєвих компетенцій дітей з особливими освітніми проблемами //Гуманізація навчально-виховного процесу: Збірник наукових праць (Спецвипуск) /За загальною редакцією В. І.Сипченка. — Слов'янськ, 2006. — С. 139-145.
20. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей: [Текст] / Лубовский В.И. — М., 1989. —С.87-94.
21. Лурия А. Р. Высшие корковые функции и их нарушение при локальных поражениях мозга. [Текст] / Лурия А. Р. — М., 1962, 2-е изд. 1969.-С45-67. Лурия А. Р. Умственно отсталый ребенок:[Текст] / Лурия А. Р. — М., 1960. —С.67-78.
22. Мамайчук И. И. Психология дизонтогенеза [Текст] / И.И. Мамайчук. — СПб., 2000. —С.34- 43.

23. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии[Текст] / И.И.Мамайчук. — СПб.: Речь, 2006. — 224 с.
24. Маслоу А. Мотивація і особистість: [Текст] / Маслоу А. — СПб., Видавництво Пітер, 2006 . — 352 с.
25. Мэш Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. [Текст] / Мэш Э., Вольф Д. – СПб., 2003. — 432с.
26. Монтессори М. «Дети – другие» [Текст] / Монтессори М. — М.:Прайм-Еврознак, 2009. — 324с.
27. М'ясоїд П.А. Загальна психологія: Навч. посіб: [Текст] / М'ясоїд П.А. – 2-ге вид., допов. – К.: Вища шк., 2001. – 487 с.
28. Нижник Л. Допомога дітям з особливими потребами: [Текст] / Л.Нижник, О. Сагірова. —К.: Ред. загальнопед. газ., 2004. — 120 с.
- 29.Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития (олигофренопедагогика) [Текст] / под ред. Пузанова Б.П. - М.: Академия, 2003. —С.11—23.
30. Олпорт Г. Становление личности: Избранные труды / [Пер. с англ. Л. В. Трубицыной и Д. А. Леонтьева]; под общ. ред. Д. А. Леонтьева. М.: Смысл, 2002. —С.34-67.
31. Петрова В.Г. Проблема навчання і розвитку розумово відсталих дітей у спеціальній психології // Психолого-педагогічні основи корекційної роботи в спеціальній школі: Хрестоматія. – Кам'янець-Подільський, 2004. - С.61-64.
32. Пожар Л. Патопсихологія:[Текст] / Л.Пожар. — М., 1996. — С. 58—59.
33. Реабілітаційний супровід навчання неповносправних дітей: методичний посібник / Укл.: А. Луговський, М. Сварник, О. Падалка. - Львів: Колесо, 2008. — 144 с.
34. Пожар Л. Патопсихологія:[Текст] / Л.Пожар. — М., 1996. — С. 58—59.
35. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника[Текст] / С.Я.Рубинштейн. – М.: Просвещение, 1979. – С.34-56.
36. Синьова Є. П. Тифлопсихологія: [підручник] / Є.П.Синьова. - К.: Знання, 2008. — 365 с.

37. Синьов В.М. Корекція інтелектуальних вад в учнів допоміжної школи // Психолого-педагогічний супровід дітей шкільного віку з помірною та тяжкою розумовою відсталістю / За ред. В.І. Бондаря, В.В. Засенка. – К.: ТОВ „Поліпром”, 2006. – 156 с.
38. Синьов В. М. Психологія розумово відсталості дитини: [підручник] /В.М.Синьов, М.П.Матвєєва, О.П.Хохліна. — К.: Знання, 2008. — 359 с.
39. Сорокин В.М. Специальная психология: [Текст] / В.М.Сорокин. — СПб. 2003. — С. 118.
40. Хохліна О.П. Психолого-педагогічні основи корекційної спрямованості трудового навчання учнів з вадами розумового розвитку [Текст] / О.П.Хохліна. – К.: Педагогічна думка, 2000.—С.23-28.

Тренінгові заняття для роботи з дітьми із емоційними порушеннями

Вправа «Покажи емоцію»

Варіант 1. Тренер роздає членам групи картки, на яких написані назви емоцій, після чого кожен по черзі повинен вийти в центр кола і показати емоцію за допомогою міміки і жестів. Решта учасників відгадує.

Варіант 2. Учасники розбиваються на пари. Один із партнерів кожної пари підходить до тренера, який дає завдання показати якусь емоцію. Другий партнер відгадує, після чого вони міняються місцями.

Вправа «Емоція колом»

Один учасник показує сусідові якусь гримасу. Той якомога точніше її копіює і передає далі. Гримаса передається по колу і повертається до «автора». Він говорить, яку емоцію хотів передати, і яку отримав, а всі учасники мають можливість подискутувати, чому нас часто неправильно розуміють. Ведучий пропонує спробувати передати свої емоції по колу наступним бажаючим.

Вправа «Віддзеркалення емоційного стану»

Всі учасники розбиваються на пари. Один виконує роль «дзеркала», яке повинно віддзеркалити емоційний стан, продемонстрований партнером. Цю вправу потрібно виконувати мовчки. Емоційний стан демонструють за допомогою міміки і пантоміми. Кожен виконує вправи по 3 рази (різні емоційні стани).

Вправа "Скульптура"

Цю вправу виконують у парах. Нехай один учасник буде «скульптором», а другий — «глиною». «Глина» — піддатлива «скульптору» і зберігає форму, яку їй надають. «Скульптор» надає «глині» вираз емоції, яку пропонує ведучий. «Скульптор» повинен працювати мовчки і не давати жодних словесних вказівок «скульптурі».

Вправа «Перетворення»

Група повільно рухається. Один з учасників гри стоїть у центрі кола. Інші уявляють, що він перетворився: — у чудовисько — група демонструє відразу; — у бізнес-леді — група показує захоплення; — у надзвичайно гарну дівчину, в яку всі закохуються; — у того, кого ніхто не хоче помічати; — у суворого директора школи; — у найбагатшу людину світу. Своє ставлення до учасника група повинна виявляти тільки за допомогою міміки і жестів. Після закінчення вправи учасники обмінюються враженнями. Цю вправу можна використати також на занятті з рольової поведінки.

Вправа «Привіт»

Ведучий роздає учасникам картки з назвами емоційних етапів. Кожен має сказати: «Привіт!» — з тим почуттям, яке позначене у картці. Вправа допомагає усвідомити, що емоційний стан людини передається, насамперед, за допомогою невербаліки, яка може суперечити вербальному посланню.

Вправа «Я не я...»

Учасники сидять у колі. Кожен по черзі промовляє фразу: «Я не я, коняка не моя, моя хата з краю, нічого не знаю» з різними інтонаціями (із задоволенням, із роздратуванням, як політичний діяч, як хвора людина, як дошкільник, як закохана людина тощо).

Вправа «Посмішка по колу»

Цією вправою добре починати або закінчувати заняття. Учасники сидять у колі, беруться за руки. Перший учасник повертається до свого сусіда праворуч або ліворуч і посміхається йому. При цьому можна «взяти» посмішку в долоні і обережно передати її іншому.

Вправа «Висвари учасника»

Варіант 1. Учасники сидять у колі. Одному з них (це може бути агресивна дитина, але не обов'язково) зав'язують очі, а її сусідові показують па когось рукою, щоб всі бачили, і говорять: «Вилий злість, що нагромадилась у тобі, на цю людину». Після чого розв'язують очі і показують, кого вона сварила. Зніжковий автор вибачається перед жертвою вербальної агресії.

Варіант 2. Учасники пропонують сусідові із зав'язаними очима висварити одного учасника від імені іншого. Той, хто сварить, не знає від імені кого він буде сваритися, та імені того, кого він буде сварити. Після закінчення процедури учасник, від імені якого сварились партнери, звертається до того, кого сварили: «Вибачте, я був трохи нестриманим. Вирвалось!». Гра триває доти, доки будуть бажані сваритися. Гру можна припинити, якщо хтось із сусідів покаже на гравця із зав'язаними очима, як на об'єкт агресії і автора виступу одночасно, тобто учасник буде сварити сам себе. Після цієї вправи знімається нервово напруження окремих учасників групи, зменшується рівень тривожності, атмосфера в групі стає відкритою і більш безпосередньою.

Вправа «Полювання Баби-Яги»

Один з учасників — Баба-Яга. Він стоїть спиною до групи. За сигналом керівника: «День» — Баба-Яга виходить на полювання, а учасники від нього тікають. Коли Баба-Яга полює, вона за допомогою міміки і пантоміми виявляє злість. Якщо їй вдається когось спіймати, тренер вигукує: «Ніч!» Ніхто більше не тікає, а Баба-Яга «розправляється з жертвою»: вона розповідає, що з нею зробить, супроводжуючи розповідь залякуючими жестами. Після чого полонений стає Бабою-Ягою й впливає свою злість на іншого учасника. Психолог (вчитель) повинен стежити за дотриманням правил безпеки.

Вправа «Малюємо злість»

Варіант 1. Учасникам пропонується намалювати на аркушах паперу свою злість так, як воли її уявляють, а потім знищити малюнок, або зробити вогнище і спалити власну злість.

Варіант 2. Тренер пропонує учасникам намалювати на аркушах паперу портрет людини, до якої вони відчують злість і агресію, або написати її ім'я закарлючками, негарними літерами. Коли це зроблено, всі одночасно розривають малюнки і викидають їх у кошик для сміття.

Вправа «А-ну, голосніше!»

Ведучий пропонує учасникам сісти і заплющити очі. За сигналом: «Починаємо», — всі висловлюють незадоволення ситуацією (вчителями, батьками, приятелями, коханими тощо). Це треба робити одночасно і якомога голосніше. Як тільки крики почнуть стихати, ведучий наказує: «Розплющіть очі! А тепер повторіть свої слова, дивлячись в очі один одному». Потім ведучий визначає спільні скарги, після чого відбувається групове обговорення.

Вправа допомагає виплеснути назовні злість і перетворює злість та гнів на крик та смішну словесну перепалку. Це дає можливість почути, чим незадоволені інші та допомагає обговорити і вирішити проблеми. Проведення цієї роботи свідчить про те, що спеціальним чином організовані заняття сприятимуть підвищенню загального емоційного відгуку у дітей. А підвищення загального емоційного відгуку дитини впливає на формування емоційної сфери у дітей молодшого та середнього шкільного віку та сприяє розвитку їхньої особистості й адаптації в соціумі.

Вправа "Танцюючі руки"

Мета: Якщо діти неспокійні або роздратовані, то гра повинна дати їм можливість прояснити свої відчуття та допомогти внутрішньо розслабитись.

Матеріали: великі аркуші паперу (або старі шпалери), скотч, кольорова крейда. Вправа-гра супроводжується жвавою музикою. Розкладіть напір на

столі та прикріпіть його до столу, щоб він не рухався. *Інструкція:* візьміть, будь ласка, кожний по два шматочки крейди. Виберіть для кожної руки колір, який вам подобається, станьте зручно, щоб ваші руки від кисті до ліктьового суглобу знаходились над папером. Занлюште очі, і коли зазвучить музика, ви можете двома руками малювати на папері. Ваші руки повинні рухатися в такт музиці (2—3 хвилини). Таким чином, проводячи нсихокорекційні заняття з використанням музичного супроводу, ми формуємо у дітей психологічну культуру. Це буде сприяти поліпшенню їх емоційного стану, позбавить комунікативних ускладнень, навчить використовувати музичні звуки для релаксації, навчить активно і пасивно прослуховувати музичні твори. Під час активного сприймання та відтворення музики діти можуть працювати індивідуально (вокалотеранія) і в групі (вокальний ансамбль, хор тощо), або ж грати на музичних інструментах, по-різному проявляти музичну творчість. Діти вчаться слухати, брати участь у дискусії, відволікаються від власних переживань, отримуючи естетичне задоволення від прослуханої музики.

Вправа "Зустріч"

Мета: розвиток невербальних засобів виразності. Учні стають у два кола: зовнішнє і внутрішнє, обличчям один до одного і, використовуючи невербальні засоби спілкування, по черзі вітаються з кожним учасником протилежного кола так, начебто вони зустріли: друга; приятеля; учня із свого класу; учня із паралельного класу; сусіда; ворога; хлопчика або дівчинку, який(яка) подобається; вчителя; незнайомця; батьків свого однокласника, маленьку дитину тощо. Тренер періодично змінює завдання. *Зворотній зв'язок.* Проводимо обговорення: — Які відчуття, емоції були в тебе, коли доводилося вітатися з однолітком, старшою за тебе людиною, молодшим, незнайомцем? Як змінювалися твої жести, рухи, емоційний стан? Які, можливо, були труднощі? Як це пов'язано із твоєю поведінкою у житті?

Методичні рекомендації тренеру. Під час обговорення дається можливість висловитись кожному бажаючому. Тренер звертає увагу учнів на

те, що у різних життєвих ситуаціях, у спілкуванні з різними людьми ми діємо по-різному. Також необхідно акцентувати увагу учнів на усвідомленні своїх актуальних відчуттів за принципом «тут і тепер». Тренер слідкує за дотриманням правил надання зворотного зв'язку.

Психологічний коментар. Вправа допомагає учням усвідомити, що наші дії, міміка, рухи відбивають емоційне ставлення до співрозмовника. Щоб краще розуміти емоції співрозмовника, можна аналізувати його жести і міміку. В свою чергу, для того, щоб бути зрозумілим для інших, треба уміти невербально проявляти свої емоції.

Вправа "Молекули"

Мета: розвиток вміння розуміти свої емоції. Учні рухаються в хаотичному порядку, не торкаючись один одного, без будь-якої взаємодії, уявляючи себе «молекулами» одного тіла, і зосереджуючись на своїх емоціях. Тренер дає команду продовжувати рух, але оновлює завдання Ія. Учні повинні, зустрічаючись один з одним, на короткий час зупинитися і, дивлячись у вічі один одному, намагатися зрозуміти: «Що я відчуваю?»

Варіант. Тренер пропонує невербально проявляти певні емоції: посміхатися один одному; сердитися; підозрювати; ображатися; вихвалитися; боятися; дивуватися; пустувати; заздрити; ненавидіти; жаліти; радіти тощо. В будь-який момент тренер може «перетворити» учасників на «камінь». Це означає, що після того, як тренер вимовив: «Камінь!», учасники групи повинні завмерти на місці, зосереджуючись на своїх актуальних внутрішніх відчуттях, емоціях. Після команди тренера: «Рух!» учасники продовжують рухатися. *Зворотній зв'язок.* Проводимо обговорення, обмін почуттями, враженнями: — Чи вдалося зрозуміти свої емоції? — Як змінювався ваш внутрішній стан, коли виражали мімікою різні емоції?— Що відбувалось із відчуттями, коли треба було «перетворитись на камінь»?— Чи відчували ви емоції іншої людини? Що вразило?— Коли було найприємніше? Ви можете поділитися своїми почуттями із партнером, використовуючи Я-

висловлювання. — Як у житті ви визначаєте своє ставлення до іншої людини?

Методичні рекомендації тренеру. Тренер продовжує акцентувати увагу учнів на вмінні усвідомлювати свої актуальні почуття, емоції. Важливо показати учням па їх власному досвіді, що існує великий спектр емоцій, почуттів. Кожен може відчувати як позитивні, так і негативні емоції. Встановлення балансу між ними допомагає людині краще адаптуватись в житті. Учні повинні усвідомити, що можна навчитися регулювати свій емоційний стан. *Психологічний коментар.* У спілкуванні первинне емоційне сприйняття співрозмовника значно впливає на характер подальших взаємовідносин. Зазвичай, неприємно відчувати на собі негативні емоції іншого. Учні роблять висновок: якщо хтось проявляє на твою адресу негативні емоції, то це не означає, що ти поганий, але може означати, що співрозмовник не задоволений твоїми діями (вони для нього неприємні або незрозумілі). Якщо ти сам часто не задоволений чужими діями, то розберись у собі: що тобі неприємно чи незрозуміле? Тривалі негативні емоції шкодять твоєму здоров'ю, заважають порозумітися із співрозмовником та породжують конфлікти. Тому краще встановити діалог про реальні причини таких емоцій та бути щирим щодо своїх почуттів.

Тренінгові заняття для роботи з агресивними дітьми

Агресивність - одне з найчастіших відхилень у поведінці дітей та підлітків. Нині розроблено програми й окремі заняття щодо зняття стану агресивності. Однією з таких програм є програма "Виховно-корекційний вплив на агресивних дітей". Вона передбачає 14 зустрічей з дітьми молодшого шкільного віку та з підлітками. Кожне із занять проводять за певним сценарієм. Тривалість занять -1-1,5 год. два рази на тиждень. Особи, які проводять заняття, будують свою роботу на основі принципів довіри, збереження таємниці про те, що відбувається безпосередньо під час тренінгу. ***Основна мета занять - навчити дітей контролювати свою поведінку і впливати на неї.*** На перших заняттях формується довіра між учасниками; на другому - вони вчаться вступати в контакт з іншими дітьми, які беруть участь у заняттях. На останньому — діти вчаться так будувати свою поведінку, щоб справлятися із ситуаціями, які призводять до агресії. Середня частина програми спрямована на визначення, вербалізацію й активізацію особистих стандартів. Тут визначаються норми поведінки, пов'язані з доброзичливістю, і відбувається навчання стримування агресії. Діти вчаться зіставляти особистісні норми з власною поведінкою. Звичайно, такі заняття викликають бажання працювати над собою. В останній частині програми передбачається навчання різних технік самоконтролю та прогресивної поведінки в ситуаціях, які спричиняють агресію.

На першому занятті основною метою є *формування почуття безпеки*.

"Групове інтерв'ю". По черзі кожний відповідає на деякі запитання. Для того, щоб активізувати гру, ведучий кидає тому, хто запитує, м'ячик чи будь-яку іншу легеньку іграшку. Запитання можуть бути такого типу: "Твій улюблений колір", "Твої улюблені фрукти", "Куди ти любиш ходити під час канікул", "Чим любиш займатися у неділю", "Твій улюблений урок", "Що тебе більше всього тішить", "Що найбільше засмучує тебе", "Чи є в тебе друг", "Через що ти сумуєш", "Твоя улюблена пісня".

"Гордіїв вузол". Учасники стають у коло, заплющують очі й витягують перед собою руки. За сигналом кожний повинен спіймати руки будь-кого з партнерів. Потім ведучий призначає гравця, який розпочинає розплутувати цей вузол.

Основна мета **другого** заняття- *завоювання довіри*.

"Хто любить". Усі сидять на стільцях чи стоять у намальованих на підлозі колах. Одному з учасників немає місця і він, проходячи між стільцями, запитує: "Хто любить фруктове морозиво". Ті, хто відповідають ствердно, встають і звільняють стільці, а потім, залишившись без місця, запитують те саме.

Гра в парах **"Сліпий веде кульгавого"**. Учасникові А надягають на очі пов'язку. Учасник Б шкутильгає. А веде Б за певним маршрутом з різними перешкодами (стільці, книжки тощо). Кульгавий підказує сліпому, який його підтримує. За порушення правил руху та втрату рівноваги пара дістає штрафне очко. Перед кожною парою міняють перешкоди. Після завершення гри учасники обговорюють її результати. Партнери інформують, яка поведінка допомогла їм подолати труднощі. (Наприклад, мені допомогли твої...). При цьому вони звертаються безпосередньо один до одного.

Мета **третього** заняття -*обмінятися позитивною інформацією, провести тренування концентрації на собі й на інших*.

"Разом можна більше". Кожен з учасників вибирає собі місце. Стоять прямо, п'ятки разом, носки нарізно. Не відриваючи ніг від підлоги, робити нахили в різних напрямках. Кожен перевіряє, як далеко він може нахилитися, не впавши при цьому. Після цього учасники сідають у певному місці. Ведучий пропонує обговорити цю вправу. Він ставить уточнюючі запитання типу: "Ти можеш описати, що відчував, виконуючи цю вправу?" Після цього учасники поділяються на пари і намагаються повторити цю вправу,

підбадьорюючи та підтримуючи один одного. Виконавши вправу, діти обговорюють її. їм ставлять запитання типу: "У якому випадку тобі вдалося нахилитися далі?", "Чому?", "Що ти відчував, коли поруч був друг?", "Чи можеш порівняти свої почуття після виконання першої і другої вправи?", "Що ти хочеш сказати своєму партнерові?" (подякувати, оцінити його допомогу тощо). Ведучий активно бере участь у грі, щоб допомагати учасникам у ході дискусії.

"Похвальна грамота". Діти дістають картки за кількістю учасників занять. На кожній записано два незакінчених речення: "Я ціню в тобі...", "Мені подобається, як ти..." Учасники на свій розсуд закінчують речення і віддають адресату. У результаті ведучий разом з дітьми робить висновок, що кожна людина має позитивні риси, однак говорити про них значно важче, ніж критикувати і насміхатися. Ведучий висловлює надію, що учасники все-таки відшукають позитивні риси у своїх друзів і скажуть їм про це.

Мета **четвертого** заняття -*усвідомлення емоційного життя, концентрація на собі, почуттєва срийнятливість.*

"Що це означає". Учасникам пропонують таблицю, на якій написано назви почуттів:

Задоволення	Невдоволення	Злість
Втома	Здивування	Сором
Радість	Полегшення	Гнів
Нетерпимість		Прикрість

Ведучий пропонує пояснити, як діти розуміють слова, що позначають почуття. Потім вони зображують одне з почуттів за вибором у статичній позі (пам'ятник) чи в русі. Ведучий разом з дітьми намагається відгадати, яке почуття зображено. **П'яте** заняття ставить за мету *активізувати знання учасників про моральні норми.*

Етюд **"Яка норма"**. Учасників розподіляють на дві групи. « Кожна отримує аркушик, на якому описано ситуацію, яку треба інсценувати. Задання глядачів - визначити норму, що її порушив герой. Орієнтовні ситуації: а) Сашко, учень 11 кл. повертався зі школи додому. На вулиці до нього почали чіплятися хлопці, старші за нього. Вимагали гроші. Сашко дуже злякався, але грошей не дав. Тоді вони побили його і забрали гроші; б) хлопці із 7 кл. хотіли після уроків пограти в м'яча, але майданчик зайняли восьмикласники. Скільки їх не просили, вони не пішли з поля.

Тоді семикласники почали їм заважати, кидати в них каміння. І почалася бійка. Бесіда присвячується обговоренню цих етюдів. Ведучий запитує, чи ' можна всіх їх об'єднати загальною формулою: "Не роби біди ближньому". Він пропонує навести приклади поведінки, які свідчать про порушення норм. Конкретизуючи, ця норма може бути такою: *не бий, не вистежуй, не псуй чужих, речей, не набридай*. Конкретні норми записують.

Мета **шостого** заняття- *активізувати чуттєве сприйняття заборони. Передбачення наслідків агресивної поведінки.*

Інсценування "Суд". Жеребкуванням визначають ролі в грі: прокурора, захисника, присяжних, звинувачуваного, потерпілих, експерта. Ведучий грає роль судді, який ознайомлює дітей з принципами проведення суду. Засідання ведуть суддя, прокурор і захисник, який має право виступити з промовою. Для різноманітності учасники після проведення одного засідання можуть помінятися ролями. Наведемо приклади сценаріїв пригод.

а) Миколці 12 років. Його постійно ображав однокласник, розповсюджував про нього плітки, обзивав. Миколка довго терпів образи. Але поступово гнів його зростав. Одного разу він прийшов у квартиру до свого кривдника, / таємно вкрав його kota і кинув під машину. б) Вітя із 7 кл приїздив до школи на велосипеді, який залишив у гардеробі. Хтось продірявив йому камеру. Друзі сказали, що це зробив Петро. Вітя побив його.

На сьомому занятті - тренування сприйняття норми, підготовка до обговорювання ситуацій, що провокують агресію.

Сюжет. Усі розподіляються на 4 групи, кожна отримує аркушик з темою складеної розповіді, але з протилежними завданнями. Тема сюжету: Миколка побив товариша після контрольної роботи з математики. Завдання для I групи: скласти сюжет до підтеми "Що зробив Миколка після контрольної роботи?" Друга тема: "Що зробив товариш під час контрольної роботи та після неї?" Третя: "Що Миколка хотів від свого товариша?" Четверта: "Що Миколка відчував?" Після закінчення роботи в групах читаються вголос складені сюжети, а потім готують інсценування: вибирають акторів, режисера, оповідача. Актори описують події і показують відповідну поведінку. Оповідач розповідає про емоції героїв, коли, наприклад, один з них говорить, що хоче списати. Ведучий стежить за чіткістю словесного описування. Після цього - обговорення, оцінювання поведінки Миколи, його товариша і загальновизнаних норм. Учасники розташовуються на підлозі й намагаються відтворити в своїй уяві цей випадок. Через деякий час ведучий пропонує скласти подумки свою оцінку поведінки Миколки. Про неї можна сказати іншим або записати на папері. Ведучий прагне, щоб кожний висловив свій погляд, не боявся, що його розкритикують.

Мета восьмого-дев'ятого занять: *формування особистої проблеми.*

Інсценування "Театр тіней". За бажанням один з учасників стає режисером театра, який розіграв подію, яка насправді мала місце в його житті і завершилась агресивною поведінкою. Він розподіляє ролі серед інших учасників, у тому числі ролі "думки" і "почуттів". Друга акторська група - "тіні" - одночасно розігрують такни самий інцидент, але в постулативній формі з відповідною модифікацією поведінки героя (його думки, реакції) під керівництвом того самого режисера. Обговорення інсценування.

Вправа на уяву "Я режисер власного життя". Учасники лягають на підлогу і закривають очі. За командою ведучого діти уявляють найбільш вірогідну ситуацію, що спричиняє агресивну поведінку. Однак зараз вони вже самі режисери свого життя, можуть запроектувати свої думки, поведінку в той момент, коли вони гніваються. Те, що відбудеться у даній ситуації, залежить від них самих. Після завершення гри ведучий пропонує, щоб діти розповіли один одному про свою поведінку.

Гра "Пункт прокату ідей". Учасники сидять у колі. Ведучий пропонує згадати ситуацію, коли вони поводитися агресивно, але й досі не уявляють собі, як можна було поводитися інакше. Зараз у них з'явилася можливість позичити в когось ідею розв'язання цього питання. Особа, яка хоче позичити ідею, розповідає про цей випадок, потім сідає перед обраним товаришем і говорить йому: "Не знаю, як можна було б зробити інакше в цій ситуації. Можна я позичу в тебе ідею?" З таким проханням він звертається до інших товаришів, поки не вирішить запозичити ідею. Ця гра подобається дітям найбільше.

Гра "Карта мого життя". Завдання полягає в тому, щоб накреслити карту "доріг свого життя". На ній мають бути: головний шлях, роздоріжжя, другорядні дороги, круті дороги, округлі, прямі, асфальтовані, вибоїсті, з перешкодами, об'їздами, зі стоянками, чудовими краєвидами тощо. Потім діти креслять трасу свого майбутнього життя. Порівнюють свої малюнки. Розбір досвіду. На завершення циклу всіх занять ведеться розмова, під час якої учасники набувають нового досвіду й обговорюють його.

